Nr. 23. 4. czerwca 1933 Rok XII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Z. CZEŻOWSKA i Dr. H. SCHUSTERÓWNA. Lwów.

W sprawie kliniki i histogenezy raka pierwotnego wątroby i stosunku tegoż do jej marskości.

Z zakładu anat. patol. Uniw. J. K. (Dyr. Prof. Nowicki) i z oddziału wewn. Szpit. Kasy Chorych (Ordyn.: Dr. Czeżowska).

Pierwotne raki wątroby w przeciwieństwie do tak częstych raków przerzutowych zajmują do pewnego stopnia odrębne stanowisko wśród nowotworów złośliwych. Należą one do spraw wcale rzadko stwierdzanych, są jednak przedmiotem zainteresowania, może mniej z punktu widzenia klinicznego jak z teoretycznego. Chodzi przedewszystkiem o ich powstawanie i związaną z niem etjologję. Ważne jest pytanie z wielu stron rozważane, czy istnieje związek między rakiem pierwotnym wątroby a jej marskością, tak często stwierdzaną w przypadkach pierwotnego raka wątroby, z czegoby można przypuszczać, że bujanie złośliwe powstaje tutaj na tle procesów odrostowych. Również zachodzi pytanie, czy liczne guzy, stwierdzane zazwyczaj w raku pierwotnym wątroby, należy uważać za przerzuty jednego guza, czy też za mnogie guzy pierwotne w różnych miejscach powstałe, zatem za wieloogniskowe. Pytania przytoczone a także inne, jak np. z jakich komórek wychodzi pierwotny rak wątroby, czy z nabłonka dróg żółciowych czy też z właściwych zróżniczkowanych komórek wątrobowych, były także tematem badań w poszczególnych przypadkach, jednakże wobec niekiedy wielkiej różnorodności i niejasności obrazów, trudno było na nie odpowiedzieć. Na podstawie dość licznych prac m. i. Engla, Goldziehera i Bokaya, Yamagivy, v. Heukeloma, Hugenina, Mirolubowa i innych, sprawa pierwotnego raka wątroby została do pewnego stopnia wyjaśniona, mimo to istnieją jeszcze pewne wątpliwości.

Diagnostyka kliniczna pierwotnego raka wątroby może napotykać na znaczne trudności; wedle niektórych autorów nie ma ona praktycznego znaczenia wobec rzadkości tego schorzenia. Opracowali ją dokładniej klinicyści francuscy (zwł. Hanot i Gilbert), którzy twierdzą, że, jakkolwiek rak wątroby jest 8 razy rzadszy od przerzutowego, to jednak stwierdza się go częściej, niż dotychczas przypuszczano. Podzielić go można na trzy postacie, którym odpowiadają różne obrazy kliniczne:

1. Rak *„masywny"* najczęstszy, w którym zachodzi znaczne powiększenie całej wątroby lub jednego z jej płatów, zajętych prawie w całości przez proces nowotworowy. Powierzchnia wątroby jest gładka, spoistość twarda, bolesności brak, gdyż proces chorobowy nie przechodzi nigdy na torebkę i nie wywołuje jej wtórnych zmian zapalnych, nie spostrzega się też objawów ucisku dróg żółciowych i żółtaczki. Śledziona jest najczęściej powiększona, jednak zwykle niema płynu w jamie brzusznej. Tę postać raka wątroby cechuje szybko postępujące charłactwo. Wyniki badania czynnościowego są różne, czasem dają liczby prawidłowe.

2. W t. zw. raku *„guzowatym"* wątroba jest guzowata, zniekształcona, bolesna, istnieją objawy ucisku na drogi żółciowe i żółtaczka. Śledziona jest powiększona w 50% przypadków. Tę postać wykazują także raki przerzutowe; sprawę rozstrzyga stwierdzenie ogniska pierwotnego w narządzie innym.

3. Rak *„gruczolakowy"* z marskością wątroby. Wątroba w przypadkach tego raka przy badaniu klinicznem robi wrażenie wątroby dotkniętej marskością, jest nierówna, twarda, jednak mniej lub bardziej powiększona, często bolesna wskutek zmian zapalnych torebki. Charakterystyczne są objawy zastoju w zakresie żyły bramnej. Śledziona jest powiększona w 50% przypadków. Przypadki tego raka mogą sprawiać największe trudności rozpoznawcze i często dopiero badanie sekcyjne wykazuje bujanie nowotworowe. Wszystkie postacie raka wątroby cechują się pod względem klinicznym wczesnem pojawieniem się i znacznem natężeniem objawów dyspeptycznych, szybko postępującem charłactwem i charakterystyczną apatją. Wyniki badania czynnościowego wątroby dają wyniki niekiedy bardzo nieznacznie różniące się od normy. Wedle Lepina ten fakt tłumaczy się nadczynnością zastępczą komórek nietkniętych procesem chorobowym. Bard twierdzi, że komórka rakowa obejmuje w tych przypadkach funkcję komórek zdrowych.

Opisany poniżej przypadek pierwotnego raka wątroby zaliczyć można było już na podstawie obrazu klinicznego do postaci raka na tle marskości.

G. Grz. robotnik liczący lat 60 został skierowany na O. W. z początkiem listopada 1932 r. W wywiadach podaje: w dzieciństwie ani później poważniejszych chorób nie przechodził. Żona żyje zdrowa, nie rodziła ani nie roniła. Obecna choroba zaczęła się przed 3 miesiącami gniotącemi bólami w prawem podżebrzu, które dokuczały choremu zwłaszcza przy ruchach. Wkrótce potem chory stracił łaknienie, pojawiło się osłabienie i postępujący spadek wagi. Od 3 tygodni czuje się znacznie gorzej, osłabienie wzmogło się, oddaje do 10 płynnych stolców na dobę. Żółtaczkowego zabarwienia skóry nigdy nie zauważył, ciepłoty ciała nie mierzył. Moczu oddaje mało. Alkoholu używał mało, chorób wenerycznych nie przechodził.

Badanie chorego w dniu 8. XI. wykazuje: Budowa kośćca prawidłowa, odżywienie bardzo liche. Chory bezsilny i apatyczny. Lekko podżółtaczkowe zabarwienie skóry i spojówek, źrenice oddziaływują na światło. Język silnie obłożony, dziąsła rozpulchnione, *foetor ex ore*. Gruczoły chłonne szyjne i pachowe nie są powiększone. Badanie płuc stwierdza zagęszczenie szczytowe i obniżenie dolnej granicy po stronie lewej, dolna granica po stronie prawej podwyższona. Szmery oddechowe prawidłowe. Stłumienie serca zacieśnione, tony serca głuche i nieczyste, tętno 86 na minutę, słabo napięte.

Brzuch w poziomie klatki piersiowej, silniej wypuklony w okolicy prawego podżebrza. W tem miejscu wyczuwa się twardy opór, pochodzący od znacznie powiększonej wątroby, która sięga w linji sutkowej prawej do wysokości pępka, w linji środkowej na palec powyżej pępka; linję środkową przekracza na lewo na 4 palce. Konsystencja wątroby jest chrząstkowato twarda, powierzchnia jest nierówna, jednak bez wyraźnie ograniczonych guzowatości, brzeg jest tępy. Wyraźniejszej bolesności przy obmacywaniu wątroby nie stwierdza się. Śledziona jest znacznie powiększona, macalna na 2 palce poniżej łuku żebrowego, dość twarda, gładka. Nad dolnemi partjami brzucha niema oporów nieprawidłowych; lekkie przytłumienie wyjawniające się przy zmianie położenia. Na skórze górnych i bocznych części brzucha zaznaczają się poroszerzane naczynia żylne. Ślad obrzęków na kończynach dolnych.

Mocz wysycony nie zawiera białka ani cukru, odczyn na urobilinę tylko nieznacznie wzmożony przy kilkakrotnej kontroli.

Badanie krwi na odczyn Wassermanna ma wynik ujemny, także po prowokacji neosalwarsanem. Stężenie bilirubiny w surowicy krwi podwyższone = 1 : 42.000. Stolec papkowaty, gliniasty z domieszką śluzu, pozatem bez składników nieprawidłowych.

Cytologiczne badanie krwi stwierdza: ciałek czerwonych 5,260.000, Hb. 100, ciałek białych 7,600 w preparacie barwionym 85% ciałek obojętnochłonnych, 12% limfocytów, 3% monocytów. Badanie rentgenolgiczne stwierdza: pasmowate zagęszczenia w obu szczytach płucnych, przewód pokarmowy bez zmian.

Wynik badania podany powyżej stwierdzał obecność rozsianych zmian w wątrobie ze znacznem powiększeniem tego narządu, objawami zastoju w zakresie żyły bramnej i powiększeniem śledziony. Co do natury zmian istniejących, to, wobec wyniku badań dodatkowych, rozpoznanie mogło się wahać między marskością wątroby a rakiem pierwotnym tego narządu. Za marskością wątroby przemawiały zaburzenia krążenia w zakresie żyły bramnej, obrzęk śledziony, wreszcie rzadkość występowania raków pierwotnych wątroby; nie odpowiadały jej bardzo znaczne powiększenie narządu przy nierówności jego powierzchni oraz niezgodność między wynikiem czynnościowego badania wątroby (próba Bruggscha, obciążenie galaktozą i próba Falty) stwierdzającym tylko bardzo nieznaczne odchylenie od normy a szybko postępującem charłactwem i upadkiem sił chorego. Przeciw rozpoznaniu raka wątroby przemawiało na pierwszy rzut oka wspomniane powyżej upośledzenie krążenia w zakresie żyły bramnej, oraz braki wyraźniejszej niedokrwistości wtórnej. Jednakże wiemy, że przyczyna, wywołująca zastój w zakresie żyły bramnej niezawsze polega

na utrudnieniu krążenia wewnątrz-wątrobowego; mogą ją stanowić powiększzone i uciskające na naczynie gruczoły bramne. Wskutek zwolnienia prądu krwi może do ucisku od zewnątrz dołączyć się zakrzep żyły bramnej, który nie jest rzadkiem zjawiskiem w przebiegu raka wątroby; ponadto, jak powiedziano powyżej, istnieje postać raka pierwotnego wątroby powstała na tle marskości a więc wykazująca od chwili swego powstania cechę zastoju w zakresie żyły bramnej. O ile chodzi o zachowanie się obrazu krwi, to, jakkolwiek niedokrwistość wtórorzędna jest zwykłym objawem towarzyszącym nowotworom, jednak znajdujemy w piśmiennictwie spostrzeżenie wręcz przeciwne. N a e g e l i w przypadku raka odbytnicy z przerzutami do wątroby stwierdził 5,500.000 c. czerw. w mm³, w przypadku *carcinoma cardiae* 7,000.000 c. czerw. Wyniki te tłumaczą się zagęszczeniem krwi przy niedostatecznym dowozie lub znacznej utracie płynów. W naszym przypadku częste wymioty i okresowo występujące biegunki stanowią dostateczne wytłumaczenie otrzymanych wyników. Rozważania powyższe skłoniły nas do rozpoznania u naszego chorego pierwotnego raka wątroby, ze względu: 1) na charakter zmian dających stwierdzić się badaniem fizykalnem (znacznie powiększona, bardzo twarda wątroba o powierzchni nierównej); 2) na brak zmian nowotworowych w innych narządach; 3) na niezgodność między niezbyt odchylonemi od normy wynikami badania czynnościowego wątroby a szybko postępującem charłactwem i upadkiem sił tak, że w 4 tygodnie po przyjęciu chorego na oddz. wewn. a w 4 miesiące po wystąpieniu pierwszych objawów choroby nastąpiło zejście śmiertelne. Nieliczni autorowie uwzględniając w opisach przypadków pierwotnego raka wątroby przebieg kliniczny schorzenia, podkreślają tę cechę w odróżnieniu od przewlekłego charakteru marskości wątroby lub nawet przerzutów nowotworowych. (O s l e r, B r u g s c h).

Gdyby chodziło o zaliczenie naszego przypadku na podstawie obrazu klinicznego do jednej z trzech postaci anatomicznych raków wątroby, wedle podziału G i l b e r t a i H a n o t a, to moglibyśmy myśleć przedewszystkiem o t. zw. marskości rakowej *(cirrhosis carcinomatosa)* wątroby wobec rozsianego charakteru sprawy, spostrzeganych przez nas zaburzeń w krążeniu w zakresie żyły bramnej, oraz powiększenia śledziony. Dodać musimy, że wobec statystyki E n g l a, który stwierdza, że 85.4% pierwotnych raków wątroby stanowią raki powstałe na tle marskości, należy ograniczyć podkreślane często znaczenie braku powiększenia śledziony dla rozpoznania pierwotnego raka wątroby, tem bardziej, że, wedle G i l b e r t a, tak zwanemu rakowi „masywnemu" zazwyczaj towarzyszy obrzęk śledziony. Stwierdzenie braku powiększenia śledziony będzie miało natomiast duże znaczenie dla rozpoznania guzów przerzutowych wątroby, gdyż w tych przypadkach znajdujemy je względnie rzadko (ok. 13% przyp.). Przebieg kliniczny w naszym przypadku nie przedstawiał cech charakterystycznych; obserwowano małe zwyżki ciepłoty, tętno miękkie, łatwo przyśpieszające się, niekiedy skargi na gniotące bóle w okolicy wątroby, wychudzenie, apatja i wzmagająca się bezsilność, zupełny brak łaknienia, okresowo występujące biegunki. Żółtaczka małego stopnia nienasilająca się w miarę postępu schorzenia. Pod koniec życia zaznacza się wyraźniejsza urobilinurja.

Zejście śmiertelne dnia 14. XII. 1932 r.

N a s e k c j i uderzało znaczne wyniszczenie zwłok; skóra blada ścieńczała, lekko żółtaczkowo zabarwiona, brzuch powiększony, żyły w okolicy pępka rozszerzone. Mózg i opony bez zmian. Płuca są rozdęte, blade, wykazują na rozkroju liczne rozsiane guzki wielkości główki od szpilki aż do orzecha laskowego o zabarwieniu żółtawem, zielonkawem lub też ciemno-zielonem. Guzki te, niewątpliwie przerzuty nowotworowe, odcinają się nader ostro od otoczenia, częściowo wypuklają opłucnę. Serce jest w wysokim stopniu rozszerzone, mięsień sercowy żółtawy, kruchy.

Jama brzuszna wykazuje obfity płyn, nieco mętny i żółtaczkowo zabarwiony. Przedewszystkiem uderza znacznie, mniejwięcej dwukrotnie powiększona w ą t r o b a, ciężka, ważąca około 4 kg. Powierzchnia jej jest nierówna, gruboziarnista i wykazuje drobne pozaciągania. Na rozkroju wątroby widać liczne guzki wielkości prosa, główki szpilki, grochu a nawet orzecha laskowego. Guzki te przeważnie są ostro odgraniczone od otoczenia, tylko miejscami granice ich są zatarte, a guzki drobne zlewają się niejako ze sobą w guzy większe; nigdzie nie stwierdzono jednego guza większego. Guzki są przeważnie krągłe, a zabarwienie ich jest różnorodne. Są one ciemno i jasno zielone, szarawe, żółte lub żółtawo-zielone, naogół dość oporne, choć niektóre, szczególnie większe, są miękkie i jakby się rozpadały. Pomiędzy guzkami stwierdza się pasma i gniazda dość zbitej szarawej tkanki łącznej, a w niej drobne różowawe ogniska, najprawdopodobniej pozostałe i przekrwione zraziki wątrobowe, obraz, jaki się widzi w marskości zanikowej wątroby. Jeszcze uwagi godne są większe naczynia żylne, których światła są rozszerzone i wypełnione w zupełności masami żółtawo-zielonemi, podobnemi do mas, z jakich wytworzone są guzki wątroby, tak, że niekiedy trudno odróżnić naczynie od guzka.

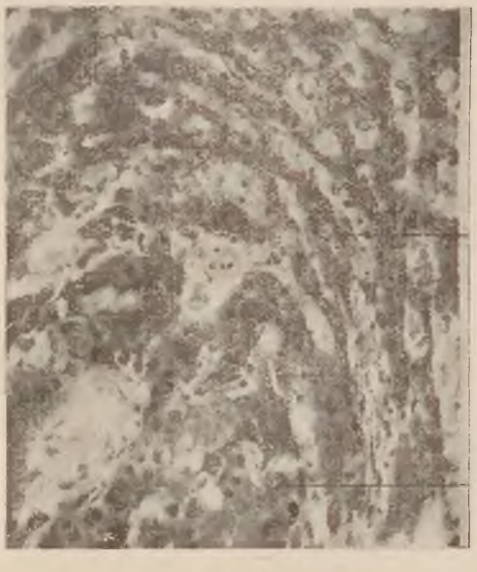
Ś l e d z i o n a jest znacznie powiększona, szaro-różowa i oporna. N e r k i są żółtaczkowo zabarwione, kruche. P ę c h e r z m o c z o w y, jakoteż narządy płciowe, bez zmian. W ż o ł ą d k u i w j e l i t a c h stwierdza się obrzęk błony śluzowej i znaczne przekrwienie zastoinowe.

Sekcyjnie wykazano zatem marskość wątroby i znaczne jej powiększenie, wywołane niewątpliwie przez opisane guzki. Guzki te możnaby uważać za ogniska przerostowe, ewentualnie gruczolakowe, jakie się niekiedy stwierdza w wątrobie marskiej. Zatory w naczyniach wątroby, przerzuty w płucach takie same, jak guzki w wątrobie, szczególnie zaś ich zielone zabarwienie, przemawiają za pierwotnym rakiem wątroby, który dał przerzuty do płuc. Obok zmian nowotworowych istnieje marskość wątroby i jej następstwa, mianowicie puchlina brzuszna, marskość śledziony i przekrwienie żylne przewodu pokarmowego.

B a d a n i e d r o b n o w i d o w e potwierdziło nasze przypuszczenie. W preparatach z wątroby uderza przedewszystkiem silny rozwój tkanki łącznej podścieliskowej, jak w marskości zanikowej wątroby, ta tkanka pod postacią grubych pasm otacza z jednej strony zraziki wątrobowe, z drugiej owe makroskopowo widoczne guzki nowotworowe; miejscami jest jej tak wiele, że tworzy ona jednolite rozległe blizny. W tkance łącznej widać nacieki zapalne drobnokomórkowe i kanaliki rzekome, niekiedy znacznie wybujałe, lecz bujanie to nie ma nigdzie charakteru atypowego. Co się tyczy samego miąższu wątrobowego, to pojawia się on pod postacią większych i mniejszych zrazików, niezbyt ostro odcinających się od tkanki łącznej, która miejscami wrasta w te zraziki, dzieląc je na zraziki mniejsze, ewentualnie na poszczególne beleczki, nawet komórki. Same komórki wątrobowe mogą być jeszcze prawidłowe lub zawierają złogi barwika krwi, inne wykazują zmiany tłuszczowe, jeszcze inne ulegają ścieńczeniu i zanikowi, częściowo wskutek znacznego rozszerzenia naczyń żylnych. Obok obrazu zwyrodnienia i zaniku komórek, uderzają w niektórych zrazikach obrazy ich odnowy i przerostu. Tutaj komórki stają się większe, mają najrozmaitszą postać i wielkość, jądra są wielkie, silnie się barwią, niekiedy jąder jest nawet więcej a zarodź wyraźnie ziarnista. Obok zrazików miąższu wątrobowego widać wśród pasm tkanki łącznej owe guzki, z których jedne wytworzone są z komórek naogół bardzo podobnych do komórek wątrobowych, tylko że noszą one cechy komórek młodych, odnawiających się jeszcze z tą różnicą, że komórki nie układają się tutaj pod postacią beleczek, lecz tworzą nieregularne pasma i gniazda, oddzielone od siebie silnie rozszerzonemi naczyniami włosowatemi. W komórkach, jakoteż między komórkami widać miejscami złogi barwika żółci. W opisanych ogniskach zachodzi więc nadmierne, niewątpliwie gruczolakowe bujanie komórek wątrobowych, jednak o charakterze dobrotliwym. W innych ogniskach to bujanie przybiera charakter złośliwy. Komórki przedstawiają tutaj wielką różnorodność, pomimo, że niektóre są nawet bardzo podobne do komórek wątrobowych. Naogół są one wielkie, czworoboczne, walcowate lub wielopostaciowe, posiadają jasne gruboziarniste pierwoszcze i wielkie, rozmaicie barwiące się, często różnopostaciowe jądra. W niektórych komórkach widać dwa i więcej jąder, jak w komórkach olbrzymich, pozatem figury podziału jąder. Komórki układają się pod postacią nieregularnych gniazd, oddzielonych od siebie niekiedy znacznie rozszerzonemi naczyniami. Wśród gniazd widać miejscami światła, zawierające obfity barwik żółci, który znajduje się również w komórkach, częściowo jednolicie zielono zabarwionych. W częściach środkowych guzków gniazda komórek ulegają częstokroć martwicy tak, że widać tutaj już tylko jednolite blado barwiące się masy ziarenek a w nich niekiedy ziarenka wapniowe. A więc obrazy stwierdzone przemawiają już za sprawą złośliwą, rakową, tem bardziej, że z tych samych komórek wytworzone są rozległe, częściowo już makroskopowo widoczne zatory w naczyniach żylnych, które mogą być tak wielkie i do tego stopnia mogą rozszerzać ścianę, że trudno je niekiedy odróżnić od guzków w miąższu leżących.

Podobną budowę wykazują również liczne przerzuty w płucach, dlatego nie będziemy ich już szczegółowo omawiać. Obok ognisk złożonych z komórek wątrobowych, gruczolakowych i rakowych, można wykazać przy dokładnem szukaniu miejsca, w których jeden typ komórek przechodzi w drugi. Szczególnie wśród uciśniętych zrazików wątroby, wśród komórek wykazujących cechy zaniku i przerostu, niektóre komórki i gniazda komórkowe nabierają już charakteru atypowego, anaplastycznego. Za tem przemawiają: znaczne powiększenie, zmiana postaci i wahania wielkości komórek wątrobowych, jak i ich jąder, nader ciemne niejednolite barwienie się jąder, nieprawidłowe postacie podziału jąder bez podziału pierwoszcza, wytwarzające owe komórki olbrzymie, jasne gruboziarniste pierwoszcze, ostatecznie nieregularne gniazda komórkowe.

Zmiany takie wytwarzają się stopniowo, śledzić je można nawet w jednej beleczce, w której komórki, początkowo typowe, powoli przerastają, przechodząc ostatecznie w komórki anaplastyczne. Rozrastające się ogniska rakowe wśród zrazika uciskają następnie na jego części obwodowe, przyczyniając się również do zaniku komórek wątrobowych. (Mikrofot. 1 i 2). Podobnie jak komórki



Ryc. 1.



Ryc. 2.

wątrobowe przechodzą w komórki rakowe, wykazano w innych miejscach przechodzenie komórek wątrobowych w komórki gruczolakowe, a tych znowu w komórki nowotworowe złośliwe.

Drobnowidowo uderza zatem w naszym przypadku przedewszystkiem obraz marskości wątroby, występującej dookoła guzków nowotworowych, i w wysokim stopniu dookoła i wśród zrazików wątrobowych; szczegół ważny, pozwalający nam uważać marskość wątroby za sprawę pierwotną, na tle której powstał nowotwór, a nie za wtórną, wywołaną przez nowotwór, jak to niektórzy chcieli. Rozsiane ogniska nowotworowe mają charakter bądź-to gruczolaka, bądź też raka wątroby, dającego liczne przerzuty i zatory w naczyniach żylnych, a także w samej wątrobie. Jakiegoś większego guza, pierwotnego nie znaleziono. Natomiast wykazano w kilku miejscach przejścia komórek wątrobowych w komórki nowotworowe, gruczolakowe a wreszcie rakowe, fakt, który przemawia za wieloogniskowem powstaniem nowotworu. Bujanie nowotworowe wychodzi w naszym przypadku niewątpliwie ze samych komórek wątrobowych, zatem przemawiają wygląd i postać komórek rakowych, obfite wydzielanie żółci i opisane przejścia komórek wątrobowych w komórki rakowe, a także brak obrazów, przemawiających za atypowem bujaniem dróg żółciowych. Badanie drobnowidowe naszego przypadku daje nam więc jasną odpowiedź na trzy wyżej postawione a jeszcze niezupełnie wyjaśnione pytania.

Nowotwór przez nas opisany powstał niewątpliwie na tle marskości wątroby, co już klinicznie udało się wykazać, a także potwierdzić anatomicznie. Na szczególniejszą uwagę zasługują w naszym przypadku liczne przerzuty rakowe wykazane w płucach, oraz obfite wydzielanie żółci przez komórki nowotworowe. Z powodu tendencji wrastania do naczyń i do żyły bramnej, jakoteż wątrobowej, rak pierwotny wątroby daje naogół liczne zatory i przerzuty, które, co jest godne uwagi, ograniczają się do samej wątroby, rzadko zaś występują w innych narządach. Y a m a n e stwierdził je tylko 4 razy na 57 przypadków. Najczęściej opisują je w płucach, gdyż dostęp do płuc przez żyły wątrobowe i żyłę czczą dolną jest najłatwiejszy. Występują one tutaj pod postacią jednego guza, lub też mnogich małych guzków, jak w naszym przypadku, ewentualnie wykazano je tylko na opłucnej (L i s s a u e r, M i r o l u b o w). Stosunkowo często są przerzuty w kościach (P u c i n e l l i, M a o n), rzadko w mózgu (G o l d z i e h e r i B o k a y), w śledzionie i w otrzewnej (L i s s a u e r), w gruczołach (Y a m a n e).

W naszym przypadku pojawiły się przerzuty w płucach prawdopodobnie późno pod koniec życia, gdyż zdjęcie rentgenologiczne, wykonane na trzy tygodnie przed śmiercią, nie wykazało jeszcze ich obecności.

Co się tyczy wydzielania żółci przez komórki nowotworowe, stwierdzono je w naszym przypadku nawet w przerzutach płucnych, co należy również do objawów rzadszych. W przerzutach płucnych stwierdzili barwik żółci W e g e l i n, L i s s a u e r i G o l d z i e h e r. P r y m wykazał barwiki żółci w przerzucie w czaszce, C a t s a r o s w przerzucie w kości udowej. Żółć wydzielana przez komórki nowotworowe może dostać się do naczyń krwionośnych i być powodem żółtaczki. Żółtaczka może również powstać w przypadkach, w których nowotwór sam nie wydziela żółci. Y a m a n e tłumaczy to uciskiem guzów nowotworowych na drogi żółciowe i zastojem żółciowym. To wydzielanie żółci przez komórki nowotworowe jest poniekąd wyrazem objęcia przez nie funkcji zanikłej komórki normalnej i stanowi jakoby potwierdzenie wyniku badań czynnościowych wątroby w przypadkach raka, które często stwierdzają tylko bardzo nieznaczne odchylenia od normy.

Piśmiennictwo:

1) B a r d: cyt. w monogr. Garniera i Caihala: Nouveau traité de Méd. T. 16. 1928. — 2) B r u g s c h: Handb. d. inn. Med. Berlin. — 3) C a t s a r o s: Annales de Médicine T. 10. 1921. — 4) E n g e l: Ziegl. Beitr. T. 30. 1901. — 5) G o l d z i e h e r i B o k a y: Virch. Arch. T. 203. 1911. — 6) H a n o t i G i l b e r t: cyt. w monogr. Garniera i Caihala: Nouveau traité de Méd. T. 16. 1928. — 7) v. H e u k e l o m: Ziegl. Beitr. T. 16. 1894. — 8) H u g e n i n: Centrlbl. f. Path. T. 22. 1911. — 9) L e p i n e: cyt. w monogr. Garniera i Caihala: Nouveau traité de Méd. T. 16. 1928. — 10) L i s s a u e r: Virch. Arch. T. 202. 1910. — 11) M a o n: Ref. Centrlbl. f. Path. T. 48. 1930. — 12) M i r o l u b o w: Virch. Arch. T. 209. 1912. — 13) N a e g e l l i: Blutkrankheiten u. Blutdiagnostik. 1930. — 14) O s l e r: według Brugscha. — 15) P r y m: Frankf. Zeitschr. f. Path. T. 39. 1927. — 16) P u c i n e l l i: Ref. Centrlbl. f. Path. T. 51. 1931. — 17) Y a m a g i v a: Virch. Arch. T. 206. 1911. — 18) Y a m a n e: Ref. Centrlbl. f. Path. T. 31. 1920/21. — 19) W e g e l i n: Virch. Arch. T. 179. 1904.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Michał ŻABCZYŃSKI. Warszawa.

Przyczynki do zakażeń mieszanych płonicą i durem brzusznym.

Z oddziałów Dr. Michaliny P a s c h a l i s i Dr. Jadwigi K o r z o n ó w n y szpitala św. Stanisława.

(Dokończenie).

IV. przyp. Chora W. P., służąca lat 16, przybyła na oddział płoniczy w 5 dniu choroby. Nazajutrz dnia 9 października 1930 r. stwierdzono: budowa prawidłowa, odżywienie dobre. T. 40,5°, tętno 140, drobne, miarowe; na powłokach skórnych wyłącznie kończyn dolnych wysypka płonicza w postaci rozlanego zaczerwienienia. Język malinowy, podsychający, w gardle rozlane zaczerwienie z białemi powierzchownemi nalotami na powiększonych migdałkach.

W płucach i sercu zmian nie było. Śledziona i wątroba niepowiększone. Brzuch miękki, niebolesny. Stan ogólny ciężki. Zastrzyknięto domięśniowo 20,0 surowicy przeciwpłoniczej. W dniach następnych w ogólnym stanie chorej nieznaczna poprawa: T° (patrz krzywa Nr. 4) powoli się obniża, gardło oczyszcza się

z nalotów (Loefler —). Dnia 15 października — T. 38,8°, tętno 96 na 1'. Gardło bez nalotów, zaczerwienione; język malinowy, suchy. Na brzuchu i dolnej części pleców dość obfita różyczka. Brzuch trochę wzdęty i bolesny w prawym dole biodrowym; śledziona macalna, u góry na 9 ż.; w płucach rozsiane świsty. Widal 1 : 1000. Stolec 1

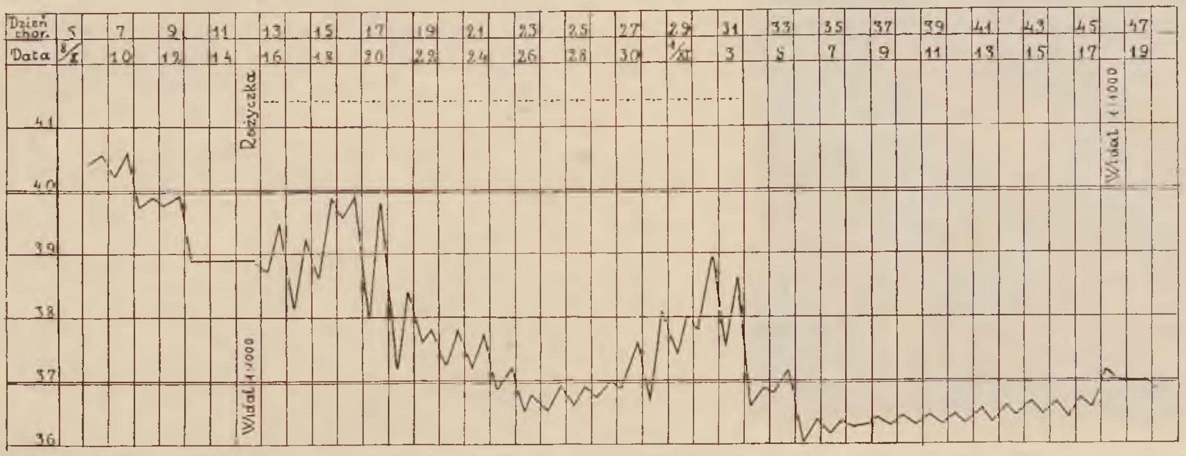
W dniach następnych samopoczucie chorej niezłe, ciepłota z wahaniami w ciągu tygodnia dochodzi do podgorączkowej, a od dnia 26 października jest normalna. Inne objawy chorobowe przedstawiają się w sposób następujący: wykwity różyczkowe powoli ustępują po 20 dniach trwania: mierne wzdęcie brzucha z małą bolesnością w dole biodrowym trwa od 15 października w ciągu 2 tygodni. Stolec codzień normalny. Śledziona powiększona macalna od 15 października w ciągu dni 10. W płucach pojawiają się na krótko objawy nieżytu oskrzeli na początku choroby. Zapalenie gardła od początku choroby ze stopniowo słabnącemi objawami aż do końca 5 tygodnia.

Łuszczenie płonicze zauważono w 5 tygodniu, przeważnie na kończynach i trwało ono przez 3 tygodnie.

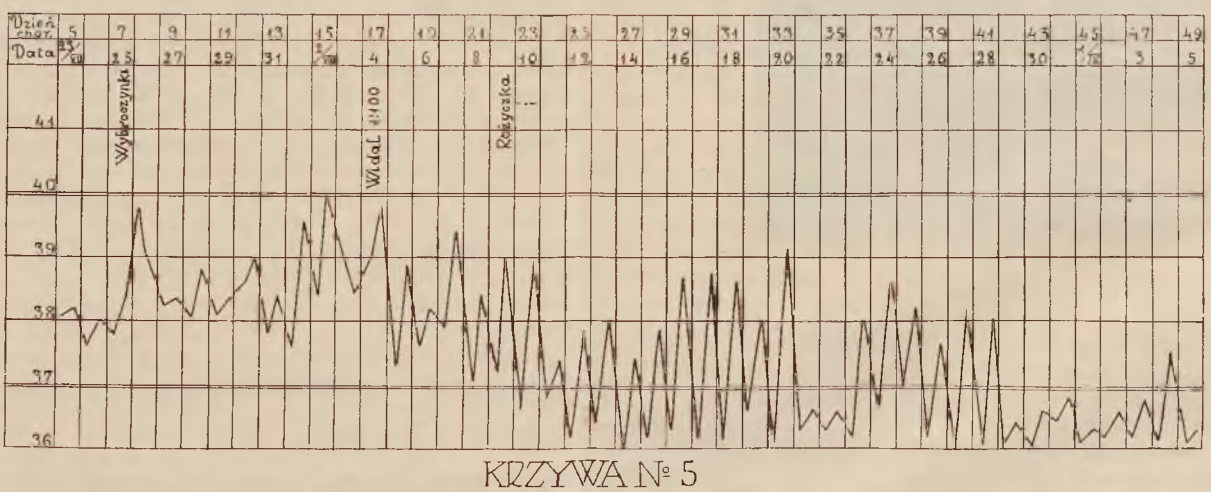
Po 4 dniach ciepłoty normalnej następuje stopniowe jej narastanie aż do 38,9° na 4 dzień, po 5 dniach spadek do normy. W tym czasie ze zmian chorobowych daje się spostrzegać tylko dur zaś brzuszny dał po 4 dniach stanu bezgorączkowego nawrót 5-dniowy.

V. przyp. Chłopiec H. J., lat 8, syn szewca, przybył do szpitala dnia 23 lipca 1931 r. w 5 dniu choroby. Budowa prawidłowa, odżywienie mierne. Na tułowiu i udach drobnoplamista wysypka płonicza. Język obłożony, gardło zaczerwienione z miernym obrzękiem, bez nalotów; pod szczęką dolną wymacać można pojedyńcze gruczoły drobne. W narządach wewnętrznych zmian nie wykryto. T. 38,2°. Tętno 98 na 1', miarowe. Stan ogólny dobry.

W dniach następnych gorączka trwa (patrz krzywa Nr. 5). Wysypka w najbliższych dniach ustępuje: przez jeden dzień widoczne drobne wybroczynki na klatce piersiowej (25 lipca) w 7 dniu choroby. Dnia 28 lipca T° 38,2°. Tętno 122 na 1', miarowe; samopoczucie dobre, brak łaknienia. Język wilgotny, oczyszcza się. Brzuch nieco wzdęty z nieznacznem przelewaniem w dole biodrowym; śledziona macalna; w dniach następnych powiększa się, wystając na 2 palce z pod łuku żebrowego; stolec zaparty. Widal (— —), 4 sierpnia Widal 1:100, 14 września — 1:250. 9 i 10 sierpnia widoczne są na brzuchu pojedyńcze różyczki, w dalszym przebiegu język stale wilgotny, czasem nieco obłożony; brzuch dochodzi do największego wzdęcia 3 sierpnia, poczem bardzo powolnie wraca do stanu prawidłowego, stolec przez cały czas choroby zaparty; śledziona powiększona przez przeszło dni 30. Łuszczenie płonicze na całem ciele wystąpiło z początkiem 6 tygodnia, i trwało przez 2 tygodnie. Dnia 19 września t. j. w 64 dniu choroby dziecko wypisano zdrowe po zbadaniu na nosicielstwo pałeczek Ebertha moczu i kału z wynikiem ujemnym.



KRZYWA Nº 4



KRZYWA Nº 5

jeszcze różyczkę. Od połowy 5 tygodnia okres zdrowienia, bezgorączkowy.

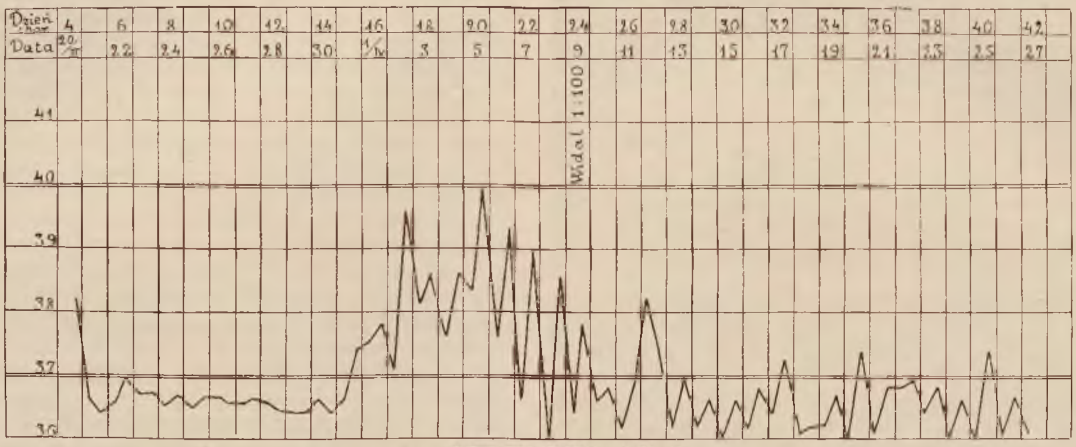
W 7 tygodniu choroby (13 dzień bezgorączkowy) Widal 1 : 1000, wypisana zdrowa. Badanie na nosicielstwo moczu i kału pałeczek Ebertha nie wykazało. (47 dzień choroby).

W przypadku powyższym rozpoczęto obserwację kliniczną 6 dnia płonicy w czasie największego natężenia jej objawów. Z powodu ciężkiego stanu ogólnego zastosowano surowicę płoniczą domięśniowo. Dalsza obserwacja wyjaśnia przyczynę tego ciężkiego stanu, albowiem występuja typowe objawy współistniejącego duru brzusznego (różyczka, wzdęcie brzucha, powiększenie śledziony), co upoważnia do twierdzenia, że obie choroby rozwijały się w tym przypadku jednocześnie taksamo, jak w opisanym wyżej 2 i 3 przypadku. Skojarzenie obu zakażeń: płonicy i duru brzusznego nie wykazało odchyleń w przebiegu płonicy,

W danym przypadku obok wyraźnych objawów płonicy, stosunkowo lekkiej, obserwujemy stopniowe rozwijanie się duru brzusznego; w 7 dniu płonicy dają się spostrzec ślady wybroczynowej wysypki, jako wygasający znamienny objaw płonicy, po 3 zaś dniach właściwe dla duru brzusznego: obrzmienie śledziony, wzdęcie brzucha i różyczka, Widal 1 : 100, po upływie zaś miesiąca zgórą, w okresie zdrowienia 1 : 250.

Przypadek ten nie przedstawiał osobliwości klinicznych, jeśli chodzi o płonicę, dur zaś brzuszny odznaczał się gorączką nietypową.

VI. przyp. S. K., lat 6, syn szewca, przybył na oddział obserwacyjny płonicy dnia 20 marca 1931 r., w 4 dniu choroby. T° 38,2°. Nazajutrz badanie wykazało: budowa prawidłowa, odżywienie dość dobre; na skórze wysypki nie stwierdza się (wiadomo o niej z wywiadów); gardło zaczerwienione, bez nalotów. T° — 36,4°. W dalszym przebiegu choroby zanotowano: zaczerwienienie gardła utrzymuje się do 27 marca. Stan bezgorączkowy trwa do 30 marca, t. j. 10 dni. Na palcach rąk zauważono 28 marca ślady łuszczenia. Dnia 31 marca chory zaczyna gorączkować, przyczem ciepłota wzrastając i wykazując nieprawidłowe wahania, na 6 dzień osiąga maksymum 40°, a potem w ciągu 4 dni schodkowato dochodzi do normy (patrz krzywa Nr. 6). W gardle 6 kwietnia punkcikowate białe naloty, powiększenie gruczołów podszczękowych, śledziona wyczuwalna na 3 palce; dnia 9 kwietnia (t. j. po 8 dniach gorączki, stwierdzamy: śledziona duża, wystaje na 3 palce z pod łuku żebrowego, gardło zaczerwienione, bez nalotów. Odczyn Widala 1 : 100. Ciałek białych krwi 3.500, wzór: obojętnochłonnych 84%, limfocytów 13%, monocytów 3%. Obrzęk gruczołów podszczękowych mniejszy. Dnia 11 kwietnia gardło bez zmian, gruczoły podszczękowe po stronie lewej powiększone, śledziona wystaje na 2 palce, brzuch wzdęty; tętno 108 na 1', miarowe; stan ogólny dobry. Na dłoniach wystąpiło płatowe łuszczenie, z powodu czego przepisuje się na oddział płoniczy.



KRZYWA Nº 6

W dniach następnych łuszczenie rozwija się coraz większe, drobne na tułowiu i kończynach. Śledziona wystaje na 1—1½ palca z pod łuku żebrowego, brzuch wzdęty, stolec zaparty. Tętno 108 na 1', miarowe. Stan ogólny dobry; w gardle zmian niema. Dnia 12 kwietnia podskok ciepłoty do 38,2° rano, wieczorem 37,4°. Dnia 20 kwietnia śledziona zaledwie macalna, brzuch wzdęty, stolec zaparty. 23 kwietnia śledziona niemacalna, brzuch wzdęty, stolec zaparty, stan bezgorączkowy od dni 10; łaknienie dobre. Dnia 27 kwietnia chory po wyłuszczeniu, wypisuje się zdrów w 42 dniu choroby. Badanie moczu i kału na nosicielstwo pałeczek Ebertha nie wykazało.

Przypadek powyższy został przyjęty na obserwację płonicy, gdyż nie było objawów płonicy w chwili przyjęcia poza gorączką, która w dniu następnym (5 dzień choroby) ustąpiła. Dalsza obserwacja wykazuje po 10 dniowej przerwie bezgorączkowej wzniesienie ciepłoty z jednoczesnem wystąpieniem nowych objawów chorobowych: obok nieżytowego zapalenia gardła z obrzękiem, gruczołów podszczękowych występuje obrzęk śledziony ze wzdęciem brzucha, które to objawy trwają przez 10 dni; we krwi stwierdzono leukopenję i odczyn Widala 1 : 100. W tymże czasie rozwija się obfite łuszczenie płatowe, decydujące o pierwotnem schorzeniu płoniczem, do którego w 15 dniu przyłączył się dur brzuszny o przebiegu lekkim, nietypowym.

Opisane przypadki zakażeń mieszanych płonicy i duru brzusznego cechują właściwości następujące:

1. Dur brzuszny dołączał się do płonicy. Stosunku odwrotnego t. j. rozwoju płonicy w przebiegu duru brzusznego nie spotykałem.

2. Dur brzuszny rozwijał się bądź już po przejściu pierwszego okresu płonicy (przypadki 1 i 6 — grupa I), bądź równocześnie z płonicą (przypadki 2, 3, 4, 5 — grupa II).

W przypadkach więc grupy I okres wylęgania duru brzusznego odpowiadał okresowi już rozwiniętej płonicy, a początek wylęgania mógł być nawet wcześniej (okres wylęgania duru brzusznego, jak wiadomo, wynosi 1—3 tygodni), w II grupie przypadków wylęganie płonicy i duru brzusznego przypadało jednocześnie albo też zakażenie durem brzusznym mogło nawet poprzedzić zakażenie płonicze. Na zasadzie wywiadów w żadnym ze spostrzeganych przypadków nie udało się ustalić ścisłych dat co do zakażenia płonicą i durem brzusznym.

3. Śmiertelność wynosiła 16% (1 zejście śmiertelne na 6 przypadków).

4. Przebieg obu zakażeń mieszanych zarówno w grupie I jak i w II nie przedstawiał żadnych osobliwości klinicznych pod względem zahamowania lub wzmożenia poszczególnych objawów obydwóch schorzeń, czy też powikłań (1 raz wystąpiło powikłanie zapaleniem ropnem uszu środkowych) lub długości trwania płonicy i duru brzusznego (w 2 przypadkach nawrot duru brzusznego).

Na specjalne omówienie zasługuje: przypadek Nr. 2, z zejściem śmiertelnem u dziecka 2½ lat, co należało uzależnić, jak to stwierdziło badanie pośmiertne, od ciężkiego zakażenia, spowodowanego płonicą i durem brzusznym, oraz przypadek Nr. 3, w którym we krwi oprócz pałeczek Ebertha, wykryto paciorkowce hemolityczne, jako wskaźnik ciężkiego zakażenia płoniczego charakteru posocznicznego, a mimo to wyleczenie nastąpiło. Pomyślne zejście w tym przypadku możnaby sobie tłumaczyć antagonistycznem działaniem obu zarazków, ale również możnaby przypuścić, że ustrój posiadał dość odporności w walce z obu zakażeniami.

Wogóle na podstawie obserwacyj opisanych przypadków wyraźnego antagonizmu między nieznanym dotąd zarazkiem płoniczym a zarazkiem duru brzusznego dopatrzeć się trudno.

5. Rozpoznanie nie nastręczało specjalnych trudności przy uwzględnieniu zespołu objawów klinicznych i badań pracownianych.

Badania bakterjologiczne i serologiczne dokonywane były w pracowni szpitalnej (Kierownik Doc. Dr. L. K a r w a c k i).

W zakończeniu poczytuję sobie za miły obowiązek podziękowania ordynatorom szpitala Paniom Dr. Dr. Michalinie Paschalis i Jadwidze Korzonównej za pozwolenie korzystania z materjału klinicznego oraz ordynatorowi szpitala Panu Dr. Eugenjuszowi Osińskiemu za życzliwą pomoc w opracowaniu powyższego tematu.

Piśmiennictwo:

1) E. A r t w i ń s k i: Pol. Gaz. Lek. Nr. 15 i 16, r. 1923. — 2) J. K o s t r z e w s k i: Pol. Gaz. Lek. Nr. 15 i 16, r. 1923. — 3) A. A p a t o w: Pol. Gaz. Lek. Nr. 16, r. 1923. — 4) J. M o r a w s k i: Now. Lek. Nr. 3, r. 1922. — 5) S. N a w r o c k i: Czas. Lek. r. 1901. — 6) K o r c z y ń s k i i A. G l u z i ń s k i: Now. Lek. Nr. 1, 1892. — 7) A. W i z e l i i L. P r u s s a k: Warsz. Czas. Lek. Nr. 3, r. 1924. — 8) M. S z n e j d e r: O uczeniu o zmieszanych infekcjach. Dysertacja, r. 1893. — 9) W. B i e g a ń s k i i L. W i l c z y ń s k i: Choroby zakaźne. Róża, str. 322. Nauka o chorobach wewnętrznych. T. I, wyd. prof. W. Jaworski, r. 1905. — 10) W. B i e g a ń s k i: Wykłady o chorobach zakaźnych. T. I, str. 373, r. 1900.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Emil WYROBEK, wolontarjusz Zakł. Anat. Pat. U. J. Kraków.

Nowsze teorje pochodzenia wola.

W ostatnich czasach, zwłaszcza po wojnie, spotykamy się w literaturze lekarskiej z licznemi pracami, zajmującemi się zagadnieniem wola, a to zarówno sprawą jego rozprzestrzenienia, jakoteż jego właściwościami i domniemanemi przyczynami. Prawie w całej zachodniej Europie, a zwłaszcza w Niemczech, Austrji i Szwajcarji, także we Francji, Hiszpanji i Holandji, również w Ameryce i Japonji, problem ten jest przedmiotem badań, prac naukowych i konferencyj.

Wszystkie te badania stwierdzają, że cierpienie to pojawia się obecnie częściej, i to nietylko w tych krajach i miejscowościach, gdzie występowało dotychczas endemicznie, ale także i tam, gdzie spotykano się z niem bardzo rzadko. W Austrji i Niemczech ogłoszono w ciągu ostatnich lat szereg prac, dowodzących znacznego wzrostu częstości wola szczególnie w wieku dziecięcym. Tak np. Wagner Jauregg podaje, że w Berndorf (Austrja) wśród dzieci szkolnych do roku 1920/21 chłopców, dotkniętych wolem było 1,5—3%, a dziewcząt 2—6%. W następnym roku szkolnym 1921/22 liczby te wynosiły 5—9% u chłopców, a 6—15% u dziewcząt. W latach 1922—1924 liczby te wzrosły wśród chłopców do 35%, wśród dziewcząt zaś do 57%. Także w innych państwach Europy, a również i w Polsce stwierdzają lekarze u dzieci szkolnych silny wzrost częstości wola. Prof. Wagner-Jauregg podaje, że po wojnie spotyka się w Wiedniu wola coraz częściej, i to także u tych, którzy miasta tego nie opuszczali.

W ostatnich czasach badane jest wole w poszczególnych okręgach endemicznych ze stanowiska patologji geograficznej celem zestawienia histogeograficznych właściwości wola i ewentualnych regionalnych jego przyczyn.

W tym kierunku prowadził prace nad wolem Rosji europejskiej i azjatyckiej H. J. Arndt na materjale sekcyjnym, operacyjnym i klinicznym. Wyniki swych badań podał w szeregu sprawozdań, a między innemi w książce p. t. *„Der Kropf in Russland"*.

Na wole zapadają nietylko ludzie, ale również zwierzęta (Wegelin). Spotykamy je nietylko wśród ssaków, ale także u ptaków i ryb (Rüdin, Huguenin). W niektórych okolicach występuje wole u ludzi i zwierząt, jak wiadomo, endemicznie, w innych zaś pojawia się tylko sporadycznie.

W Europie spotykamy najgęściej endemiczne wole w krajach alpejskich: w Szwajcarji, Tyrolu, Styrji, Karyntji, także w Alpach francuskich i włoskich, skąd biegną liczne gałęzie tych ognisk endemicznych na wszystkie strony, malejąc i ginąc w miarę oddalania się od gór. U nas Karpaty i Podkarpacie są silnie endemją wolową nawiedzone. Również na półwyspie Bałkańskim są pewne okolice dość silnie nawiedzone wolem. Mało jednak jest krajów na ziemi, gdzieby wole nie występowało endemicznie, bo nawet niż północno-niemiecki, Berlin, Prusy Wschodnie, Holandja, Danja i półwysep Skandynawski, które uchodziły dawniej za wolne od wola, są wedle nowszych badań dotknięte miejscami wolem endemicznem. W Azji mają najsilniejszą endemję wolową Himalaje, następnie Kaukaz, góry Altaj i Ural, także Sybir, północne Chiny i niektóre części Japonji. Podobnie wole występuje w górach Afryki. Ameryki, gdzie pojawia się endemicznie, szczególnie nad zatoką Hudsońską, oraz w dolinie wielkich jezior nad górną Missisipi. Spotyka się wole także w centralnych częściach Brazylji, a podobno zapadają na nie w Australji tak tubylcy, jak i koloniści.

Endemja wola rozciąga się zarówno na strefę umiarkowaną, jak i gorącą, w każdym razie jednak wydaje się, że szczególnie uprzywilejowane są strefy umiarkowane i podzwrotnikowe. Głównym terenem rozprzestrzenienia się wola są kraje śródlądowe, ale nie można twierdzić, jakoby wola nie było na wybrzeżach morskich, ponieważ wole występuje w niektórych okolicach nadbrzeżnych Anglji i Norwegji, w delcie Gangesu i na wybrzeżach Ceylonu. Jednakże w każdym razie te endemje nadmorskie mają charakter łagodny i co do czynnościowych zaburzeń zachowują się nieco inaczej, aniżeli endemje krajów śródlądowych, w których o wiele częściej występują objawy hipertyreozy.

Bardzo ciekawe jest zjawisko, że pewne części pasm górskich, jak np. pewne okolice szwajcarskiej Jury, są wolne całkiem od wola, natomiast głębiej położone okręgi są siedzibą endemji. Hunziker podaje, że w Alpach endemja nie wzrasta z wzniesieniem ponad morze, tak np. wysoko położone doliny Szwajcarji, jak Engadin, są o wiele mniej dotknięte wolem, aniżeli niżej położone doliny, a przedewszystkiem okolice przedalpejskie.

Rozszerzenie endemji wola biegnie wzdłuż pewnych okolic i dorzeczy, jednak, jak to stwierdził Mac Carrison, natężenie endemji na dwu brzegach tej samej rzeki może być różne, gdyż pewne właściwości ziemi, jak np. bagnisty teren, sprzyjają występowaniu wola. Według Hunzikera odmienne zachowanie się dwóch części doliny rzeki zależne jest od stopnia nasłonecznienia i od ilości opadów. Ogólnie powiedzieć można, że miasta są mniej zajęte endemją, aniżeli okręgi wiejskie, ale w okolicach endemicznych także większe miasta bywają silnie dotknięte wolem, jak np. w Szwajcarji Genewa, Berno, Zurych i St. Gall. Przy badaniu endemji na wsi uderza, że poszczególne wsie a w nich poszczególne osady bywają silniejszemi ogniskami wola. Tam, gdzie osiedla są rozrzucone, można również to samo powiedzieć o domach.

Obok przestrzeni należy uwzględnić także występowanie wola w czasie, gdyż stopień endemji wola okazuje pewne wahania, zależne od pór roku. I tak np. w Europie szczególnie na wiosnę i z początkiem lata wzrasta u dzieci i dorastającej młodzieży natężenie endemji, w zimie natomiast następuje znaczny spadek.

Uderza dalej zależność endemji od wieku. Wszędzie tam, gdzie występuje silniejsza endemja, może się wole pojawiać już u noworodków, musi zatem wole rozwijać się już podczas życia płodowego. W Szwajcarji np. w Bernie wole wrodzone zdarza się u 66—83% noworodków. W następnych pierwszych latach dziecięcych natężenie wola w okolicach endemicznych jest słabsze, lecz z początkiem lat szkolnych wole rozlane bywa już bardzo wyraźne. (Wagner-Jauregg, Wegelin). W Bernie stwierdzono wole u 73% dzieci szkolnych. W okresie wieku szkolnego wzrasta wole rozlane powoli, a równocześnie pojawiają się pierwsze gruczolaki, których częstość wzrasta z siłą endemji. Drugi okres silniejszego wzrostu wola następuje w wieku pokwitania. Później w latach średnich może wzrost wola ustać, ale może ono również wzrastać, przyczem tylko w silnych endemjach występuje na pierwszy plan wole guzowate. Po 50 roku życia wola guzowate (o ile nie są złośliwe) już więcej nie rosną, wole zaś rozlane i niezmienione części tarczycy w wolach guzowatych ulegają zanikowi starczemu i przez to pomniejszają się.

Zależność częstości wola, w okolicach endemją nawiedzonych, od płci jest bardzo wybitna. Do 14—16 roku życia częstość wola u obu płci jest prawie ta sama, lub, wedle pewnych statystyk, częstość wola bywa u chłopców czasowo wyższa. Od okresu dojrzewania płciowego płeć żeńska przeważa. Wielokrotne ciąże przyczyniają się poważnie do powiększenia się wola, ale zwykle w okresie przekwitania wole róść przestaje, a nawet się cofa.

W okolicach endemicznych pojawia się często tak zwane wole rodzinne. Nieraz zdarza się, że w dwóch a nawet trzech pokoleniach wszyscy członkowie rodziny, lub przynajmniej większość ich zapada na wole. W każdym razie wynika ze statystyk, że dzieci rodziców wolowatych częściej zapadają na wole, aniżeli dzieci rodziców zdrowych. Być może, że dziedziczność odgrywa tu pewną rolę, ale na to, przy niejasnej dotychczas etjologji wola, jeszcze niema żadnego pewnego dowodu, ponieważ te same niezbadane dotąd wpływy zewnętrzne mogą oddziaływać na rodziców, jak i na ich dzieci.

Co się tyczy usposobienia rasowego, to nie można jeszcze nic pewnego powiedzieć, zdaje się jednak, że nie ma ono szczególnego wpływu, ponieważ wole występuje jednakowo często wśród rasy białej, jak i wśród innych ras.

Równolegle z endemją u ludzi występuje endemja wola u zwierząt. Nawiedza ona zwykle tylko zwierzęta domowe; bardzo rzadko bowiem spotykano wole np. u szczura, lisa, jeża, nietoperza, wilka i innych dzikich zwierząt (Mac Carrison), bardzo jest rozpowszechnione u psów, cieląt, młodych wołów, koni i kóz (Rüdin). Clerc stwierdził, że świnie w okolicach wolowych zapadają bardzo łatwo na wole. Również na wola zapadać mogą kury i gołębie, a zauważono także wole u ryb, szczególnie u pstrągów, i to przy tucznej hodowli (Wegelin). Domestykacja odgrywa tu, jak widać, dużą rolę.

Ważnym szczegółem dla etjologji wola wydaje się okoliczność, że ludzie przybyli świeżo do okolic endemicznych łatwo zapadają na wole. Mac Carrison podaje długość okresu „wylęgania się" wola u młodych osób od $1^1/_2$—6 miesięcy; wyjątkowo może jednak wystarczyć już nawet 10-dniowy pobyt w endemicznej okolicy. Z drugiej zaś strony wole ustępuje, (a przynajmniej jego forma rozlana), przy przesiedleniu się osób wolowatych w okolice wolne od wola, i to niekiedy już w przeciągu paru tygodni, conajwyżej paru miesięcy. Wola guzowate zazwyczaj nie zmniejszają się.

Przy ocenie siły endemji zwrócić należy uwagę nietylko na odsetek wola wśród ludności, lecz także na rodzaj tego wola, ponieważ liczne, wielkie wola guzowate występują tylko w silnych endemjach. Również wole wrodzone jest wskaźnikiem siły endemji. Jest nim również duży udział płci męskiej w stosunku do żeńskiej, a także zbyt wielka, w porównaniu z okolicami wolnemi od wola, średnia waga tarczyc w poszczególnych latach życia. Wreszcie każda silniejsza endemja idzie w parze z niedoborem tarczycowym, hipotyreozą, matołectwem, głuchotą i głuchoniemotą, natomiast lżejsze endemje sprzyjają raczej występowaniu stanów

hipertyreotycznych, jak np. w Niemczech środkowych, Norwegji, północnej Ameryce, na Białorusi i w okolicach Moskwy (W e g e l i n, A r n d t).

Pomimo wielu badań, usiłujących oświetlić etjologję endemicznego wola, sprawa ta jest jeszcze za mało wyjaśniona. Podanie jednolitej przyczyny wola natrafia już z tego powodu na trudności, że, jak to pisze W e g e l i n, pojęcie wola jest dotychczas określone tylko anatomicznie, jednakie zaś zmiany anatomiczne mogą być wywołane przez rozmaite przyczyny.

W poszukiwaniu przyczyn wola uwzględnić należy nietylko czynniki zewnętrzne, jak to rozmaici badacze czynili, ale wobec tego, że w niektórych niezbyt silnych endemjach spotkać można niekiedy nawet w jednej rodzinie, w tem samem gospodarstwie, obok ludzi dotkniętych wolem także i ludzi ze zdrową tarczycą, zwrócić trzeba uwagę również na czynniki wewnętrzne, ustrojowe.

Jedną z najpoważniejszych teoryj, jakie podano dla wyjaśnienia sprawy powstawania wola, jest zapatrywanie, że przyczyn wola szukać należy w wodzie do picia. Już w starożytności niektóre źródła i studnie uważano za wywołujące wole. Dziś jeszcze wśród ludności szwajcarskiej utrzymuje się to mniemanie. Nowsze jednak badania dowiodły, że takich poszczególnych studzien z wodą wolową w rzeczywistości niema. Natomiast przyjmowano, że woda do picia w całych okolicach dotkniętych endemją może mieć znaczenie etjologiczne. Przyczyn dopatrywano się zarówno w formacjach geologicznych, skąd ta woda do picia wypływała, jak i w jej właściwościach chemicznych, fizycznych i bakterjologicznych.

Przez długie lata cieszyła się wielkiem uznaniem teorja, która przyczyny powstawania wola przypisywała specjalnym formacjom geologicznym. Poglądy te zostały zebrane przez E. B i r c h e r a. Według niego występuje wole tylko na złożach morskich, i to szczególnie na osadach mórz okresu paleozoicznego, triasu i trzeciorzędu, natomiast twory wulkaniczne, jak i krystaliczne skały w formacji archaicznej, a więc prastare skały takie, jak granity, gnejsy i łupki krystaliczne, jak również osady morza jurajskiego i kredowego, osady mórz czwartorzędu, tudzież wszelkie osady wód słodkich mają być wolne od wola. B i r c h e r, E w a l d i inni autorowie przyjmują, że istnieje jakiś ożywiony bodziec, t. zw. miazmat wolowy, który rozwija się tylko na podłożu przytoczonych geologicznych formacyj.

Te jednak poglądy nie zostały potwierdzone przez późniejszych badaczy. Już K o c h e r przy badaniach młodzieży szkolnej w kantonie berneńskim, a L o r e n z w kantonie Graubünden czynili tej teorji poważne zarzuty, chociaż badania przeprowadzone w Norwegji, w Bawarji i we Francji zdawały się potwierdzać zapatrywania Birchera. Nowsze badania przeprowadzone w Saksonji, Bawarji, Nadrenji, Rumunji, Bośni, Hiszpanji, w Indjach i Argentynie, albo nie mogły wykazać żadnego związku endemji wola z formacjami geologicznemi, albo też wykryły szereg wybitnych i ważnych wyjątków, niezgodnych z tą teorją. Również H. J. A r n d t w ostatnich latach, badając wole w Rosji, przekonał się, że teorja Birchera nie znajduje należytego uzasadnienia.

M a c C a r r i s o n uważa wole za przewlekłą chorobę przyrody zakaźnej, a za sprawców jej uważa bakterje beztlenowe, żyjące w jelitach osób, dotkniętych wolem. Bakterje te według Mac Carrisona dostają się z kałem do ziemi, a zakażenie zdrowych następuje albo bezpośrednio przez ziemię, zanieczyszczoną temi zarazkami, albo pośrednio przez wodę do picia i inne środki spożywcze. Bakterje te mają przez swe toksyny wywoływać przewlekłą toksemję, która ze swej strony działa na tarczycę i powoduje jej rozrost. Zapatrywanie swe popiera Mac Carrison spostrzeżeniami, poczynionemi w Indjach, wedle których przy otwartych wodociągach, wystawionych na różne zanieczyszczenia, częstość wola wzrasta z biegiem wód od górnego ich biegu ku dołowi, odpowiednio do wzrastania stopnia zanieczyszczenia wody do picia. Także badania na zwierzętach, przeprowadzone przez M a c C a r r i s o n a i S a s a k i'e g o, wypadły dodatnio, a mianowicie żywienie szczurów i kóz kałem, i to bez względu na to, czy kał ten pochodził od osób wolowatych, wywoływało wole u tych zwierząt. Również M e s s e r l i na zasadzie swych badań w zachodniej Szwajcarji i Alpach jurajskich przychyla się do teorji infekcyjnej. Stwierdził on, że wole panuje endemicznie głównie w okolicach, mających źle urządzone wodociągi, których woda może być zanieczyszczona przez wody, spływające z górnych osiedli. Badania bakterjologiczne wód, pochodzących z tych wodociągów, wykryły znaczną zawartość bakteryj jelitowych. Pojawianie się wola u ludzi, cierpiących na przewlekłe zaparcie stolca, jak również dodatnie próby leczenia świeżych przypadków wola szczepionkami z bakteryj jelitowych, przemawia, wedle Messerliego i Mac Carrisona, za tą teorją. Jednakże nie można uznać wody do picia za jedyne źródło zakażenia już z tego choćby względu, że, jak to zaznaczył O s w a l d, wole występuje także w miastach, mających urządzenia wodociągowe pod względem bakterjologicznym bez zarzutu.

Nieco w inny sposób tę teorję infekcyjną ujmują K u t s c h e r a i T a u s s i g. Przyjmują oni, że wole jest chorobą zakaźną i przenosi się z człowieka na człowieka i podają wypadki zawleczenia wola do pewnych rodzin wskutek małżeństwa, albo przez nowoprzybyłych członków i domowników. Ponieważ jednak wypadki te zdarzały się na obszarach o silnej endemji, nie mają one zbyt wielkiej siły dowodowej. Z drugiej znów strony przeciwko zakażeniu tym sposobem przemawia wiele spostrzeżeń, a przedewszystkiem to, że ludzie, mający wole, przeważnie tracą je, jeśli przeniosą się w okolicę wolną od wola.

Próby wykrycia sposobu zakażenia przez pośredniego gospodarza, w rodzaju kłującego owadu, o czem myślano przy endemji wola, występującej w Afryce środkowej, nie ostały się w świetle badań.

Twórca teorji infekcyjnej, Mac Carrison, uwzględnia także inne czynniki, sprzyjające powstawaniu wola. I tak uważa on gościec, zimnicę, odrę, zaburzenia jelitowe, czerwiwość *(helminthiasis)*, dalej zbyt wielkie wzniesienie danej okolicy ponad poziom morza, nieczyste, lub niedostateczne pożywienie, także miesiączkowanie, ciążę i psychiczne podniety za czynniki, mogące pobudzić czynność tarczycy i wywołać jej rozrost.

Niektórzy autorowie uważają wole za chorobę, wywołaną przez zatrucie ustroju i przypuszczają, że jady te są natury organicznej i mają przenikać z ziemi do wody do picia. W i l m s przypuszcza, że jady te pochodzą z fauny mórz dawnych epok geologicznych. G r a s s i i M u n a r o n są tego zdania, że istnieje jad wolowy, który wytworzony zostaje przez bakterje w ziemi i w nieczystościach, skąd przenieść się może na osoby zdrowe przez zanieczyszczone pokarmy, przez wodę, a nawet przez powietrze.

W środku ubiegłego stulecia uważano chemiczne właściwości wody do picia za przyczynę występowania wola. Szczególnie przypisywano tę właściwość wodom, zawierającym znaczną ilość wapnia, a nawet już w nowszych czasach K o t t m a n przypuszcza, że w okolicach endemicznych zawierają wody większą ilość wapnia i że wapień ten przez wprowadzenie koloidu tarczycy w silniejszy stan żelu może wywołać wole. Przypuszczenie to jednak musiałoby być potwierdzone przez badania, czy w okolicach wolnych od wola zwiększony dowóz wapnia wywołuje rozrost tarczycy.

Podobnie jak z solami wapnia, ma się sprawa z solami magnezu i krzemu, dalej z siarczkiem żelaza i miedzi, z fluorkiem sodu i azotanami, których obecności w wodzie liczni autorowie (G r a n g e, L ü c k e, P a g e n t s c h e r, W e g e l i n i inni), przypisywali przyczynę powstawania wola. Późniejsze jednak chemiczne rozbiory wody, jak również doświadczenia na zwierzętach nie wykryły żadnej równoległości pomiędzy obecnością tych ciał chemicznych w wodzie, a endemją wolowa.

W nowszych czasach pojawiło się przypuszczenie, że woda ze względu na swoje fizyczne właściwości stoi w pewnym związku z powstawaniem wola. Mianowicie R e p i n przyjął, że wody, będące przyczyną wola, są promieniotwórcze, i że wskutek tego jony wapniowe łatwiej i obficiej wnikają w tkanki, a ten nadmiar wapnia (hiperkalcyfikacja ciała) ma ze swej strony wywoływać rozrost tarczycy.

R e p i n wykazał, że te promieniotwórcze wody pochodzą ze skał pierwotnie płaskich, które uległy już w młodszych okresach rozwoju ziemi wybitnym zaburzeniom w tektonice i wytworzyły szczeliny, przerzuty i uskoki. Zaburzenia takie ułatwiają przedostawanie się ciał promieniotwórczych i ich emanacyj ze skał do wody. Dlatego też źródła w tych okolicach są silnie promieniotwórcze. Ponieważ w miejscowościach, gdzie stwierdza się powyższe zaburzenia tektoniczne, ludność jest w wysokim stopniu dotknięta wolem, przeto Repin upatrywał w tem ścisły związek pomiędzy endemją wolową a promieniotwórczością.

Także poprzednio P f a u n d l e r, niezależnie od Repina, na podstawie dokładnych spostrzeżeń wpadł na myśl takiego związku. Są bowiem pewne rodzaje skał mniej lub więcej obfitujące w rad i zdolne oddawać emanację. Szczególniej granit i gnajs są skałami obfitującemi w rad, tor, aktynjum, jak również w ich sole i emanacje. Młodsze skały wybuchowe są bogatsze w rad aniżeli starsze; okolice młodszych skał wybuchowych są przeważnie siedzibą endemji wolowej. W krajach bogatych w skały promieniotwórcze, jak w Niemczech i Szwajcarji, występują silne endemje, w krajach zaś, gdzie jest mało ciał promieniotwórczych, jak Anglja, Irlandja i Nowa Zelandja, spotyka się wole bardzo rzadko. Wydmy i pustynie, ziemie próchnicowe i torfowiska są wolne od emanacyj, a także wolne od wola.

Prof. Rüdin na poparcie teorji czynników promieniotwórczych przytacza, że wody pochodzące ze źródeł radjoaktywnych tracą przez gotowanie lub przez potrząsanie ze zmieniającem powietrzem zdolność wywoływania wola. Przez zabiegi te bowiem zostają usunięte z wody emanacje ciał promieniotwórczych. Hevesy stwierdził, że rozpuszczalność emanacyj w wodzie zmniejsza się w miarę

wzrostu ciepłoty. Zjawisko to wytłumaczyć może większą łatwość zapadania na wole po miesiącach zimowych, jak również i tę okoliczność, że woda ze źródeł gorących nigdy nie wywołuje wola.

Rozpuszczalność emanacyj w wodzie wzrasta w miarę zmniejszania się zawartości soli we wodzie. Wody okolic Allgau (Bawarja) zawierają bardzo mało soli kuchennej. Ludność tamtejsza, silnie nawiedzona wolem, spożywa bez wyjątku wodę powierzchowną pochodzącą z moren, a więc wodę z małą ilością soli, a obfitującą w emanacje radowe (R ü d i n).

Zmniejszenie się endemji wolowej w niektórych okolicach Alp przypisuje Rüdin zwiększeniu spożywania przez tamtejszą ludność piwa, herbaty, kawy, wina, lemoniady, które to napoje nie zawierają żadnych emanacyj. Rüdin sądzi, że wkraczająca w okolice endemiczne kultura, a zwłaszcza budowanie domów silniejszych i utrudniających dostęp emanacyj, łagodzi natężenie endemji wola. Im większe są mieszkania, im dogodniejsze pomieszczenia, tem częściej używa się do budowy materjałów utrudniających dostęp emanacyj (beton), tem silniej uszczelnia się i oddziela od mieszkań piwnice, tem częściej buduje się domy piętrowe. Wskutek tego zmniejsza się odsetek ludności, przebywającej blisko samej ziemi i narażonej na szkodliwe wpływy ciał promieniotwórczych.

Nowsze badania L a n g a nad uwarstwowieniem ziemi popierają teorję czynników promieniotwórczych. Mianowicie Lang przez swoje badania geologiczne, przeprowadzone w okolicach endemicznych w południowej Bawarji, doszedł do wniosku, że endemje tamtejsze zależą od podłoża szutru naniesionego z Alp przez lodowce, a pochodzącego ze skał promieniotwórczych. Najsilniejsze bowiem endemje Szwajcarji i Bawarji leżą w pasie dawnych lodowców Renu i ich moren, które naniosły do tych okolic ziemię szutrową, pochodzącą z Alp centralnych, a więc ze skał promieniotwórczych.

Do zrozumienia teorji czynników promieniotwórczych przyczyniły się zapatrywania fizyków, którzy twierdzą (E l s t e r, G e i t e l), że siła promieniotwórcza ziemi zależy nietylko od pierwotnej zawartości w skałach radu, toru i innych, lecz także od stopnia rozdrobnienia skał i ich zwietrzenia. Rozdrobnione i zwietrzałe skały promieniotwórcze w postaci szutru silniej działają, aniżeli skały jednolite. Promieniotwórczość spada jednak przy dalej postępującem wietrzeniu i znika zupełnie, gdy pierwotna skała nabiera cech piasku lub *löss'u* (B o r n e s). Dlatego też ludność w Bawarji żyjąca na podłożu piaskowem lub *löss'u* jest wolna od endemji wolowej (Rüdin).

Pokłady jurajskie w Bawarji, Szwajcarji i Wirtembergji nie wywierają żadnego wpływu na endemję wolową, wapień bowiem i kreda są słabo promieniotwórcze. Zdarzają się jednak okolice jurajskie, gdzie wole występuje endemicznie. W tych przypadkach pokłady wapnia i kredy zostały poprzerywane szczelinami i uskokami lub przewrócone przez piętrzące się płaszczowiny i w ten sposób umożliwiły wydostanie się na powierzchnię ziemi wód, zawierających rad i jego emanacje (Rüdin).

Powyższe spostrzeżenia i badania przemawiają wprawdzie za teorją czynników promieniotwórczych i jaśniej tłumaczą jednolitą etjologję różnych endemij (krajów nadmorskich, nizinnych i górskich), aniżeli inne teorje powstawania wola, jednak sprawa ta wymaga dalszych badań, a przedewszystkiem rozstrzygnięcia pytania, czy endemja wolowa zależy bezpośrednio od czynników promieniotwórczych, czy też raczej od innych nieznanych nam jeszcze zjawisk, pozostających w ścisłym związku z promieniotwórczością.

Dok. nast.

FEJLETON.

Dr. med. i fil. Tadeusz BILIKIEWICZ, Kraków.
Docent Uniw. Jagiellońskiego.

Uwagi o uświadamianiu płciowem dzieci.

Na marginesie pracy: M. Malenowska-Rewera i Fr. Głębowicz: Metoda rodzima w elementarnem wychowaniu i nauczaniu. Podręcznik dla nauczycieli i rodziców. Kraków 1932, nakładem autorów, 8°, str. 407 (wraz z „sprostowaniem dostrzeżonych błędów drukarskich" 412). Teka 21 ilustracyj.

Koła lekarskie muszą zwrócić baczną uwagę na ten „podręcznik metodyczny na klasę pierwszą", szumnie zwiastujący narodziny „rodzimej" metody wychowawczej. Dołączona do podręcznika ulotka obwieszcza, że zrealizowano w tem dziele najnowsze odkrycia pedologiczne, psychologji eksperymentalnej i polskiej myśli pedagogicznej; że dalej metodyka wszystkich przedmiotów naukowych została oparta na prawach psychologji strukturalnej, traktując dziecko „masowo-indywidualnie". Poza psychologją strukturalną drugim momentem wytycznym ma być (str. 5) „autopsychoanaliza, która ma dać osobowość jednostki reflektywną, świadomą". Ta autopsychoanaliza nazywa się niekiedy poprostu autoanalizą.

Niech mi wolno będzie sprostować na wstępie parę nieporozumień. Przedewszystkiem metoda ta nie jest rodzimą. Jest zlepkiem szeregu kierunków z wyraźną przewagą psychologji strukturalnej, przejętej zresztą z drugiej ręki, gdyż panią matką autorów zdaje się być R o w i d, autor „Szkoły twórczej" i „Psychologji Pedagogicznej", dzieł bynajmniej niereprezentujących wyłącznie polskiej myśli pedagogicznej. Wydawać się to może tylko komuś, kto odcięty jest chińskim murem od zagranicy. Ale niechże się tam już pedagogowie o to spierają.

Nas lekarzy zainteresował ostatni rozdział, zatyt. „Uświadomienie". Tutaj twórczość autorów istotnie święci triumfy. Triumfy odwagi. Trzeba bowiem mieć dużo brawury, by brać się do tak odpowiedzialnego i delikatnego przedmiotu, jak uświadamianie płciowe dzieci, nie znając zupełnie odnośnego piśmiennictwa. Podana na końcu dzieła sumarycznie „Bibljografja" jest publicznem wyznaniem nieuctwa. Autorowie, którzy w tekście zuchwale szermują takiemi terminami jak psychoanaliza, autoanaliza psychiczna i t. p., nie są w stanie wymienić żadnego nazwiska prócz F r e u d a i to, jak widać z całego dzieła, prac jego zupełnie nie znają. Zresztą psychoanalizę pedagogiczną, t. zw. pedanalizę stworzył nie sam F r e u d, lecz jego uczniowie, przedewszystkiem P f i s t e r, autorom zupełnie nieznany. Olbrzymi ruch na tem polu,ześrodkowujący się dookoła *„Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik"*, kierowany przez takie osobistości jak M e n g, S c h n e i d e r, A n n a F r e u d, F e d e r n, S t o r f e r, nie doszedł do wiadomości autorów.

Rozdział „Uświadomienie" stanowi pogadankę z rodzicami. Zaczyna się od uczonego wyjaśnienia roli gruczołu płciowego. Czytamy (str. 393): „Niezależnie rozwijający się gruczoł płciowy wysyła soki dokrewne. Jeśli funkcjonuje doskonale, wówczas dokrewne soki gruczołu płciowego napełniają szczeliny kośćca i w ten sposób (!) wydłuża się organizm... W wypadku jakiegokolwiek urazu gruczoł płciowy nie spełnia swej roli, lub spełnia ją niedostatecznie, wówczas szczeliny kośćca zamykają się *(sic!)*, tem samem wzrost kośćca jest zahamowany lub nawet ustaje zupełnie". O jakże łatwo przyszło autorom rozstrzygnąć najtrudniejsze zagadnienia endokrynologji!

W rozwoju seksualnym dziecka zauważyli autorowie cztery okresy: I do lat 5—6 (dziecię), II do lat 10 (pacholę, dziewczątko), III do lat 14—16 (junak, podlotek) i IV do lat 20 (młodzian, panna). W pierwszym okresie następuje rozwój dotyku, ruchu, w drugim wysubtelnienie wzroku, słuchu, w trzecim myślenie przyczynowe, w czwartym przebudzenie jaźni. Oto uogólnienia psychologiczne, pozwalające autorom temi paru schematami załatwić się z najgłębszemi zagadkami psychiki dziecięcej. Wystarczy powiedzieć, że przed 10 rokiem życia dziecko nie zna myślenia przyczynowego, aby pozbyć się największych trudności związanych z kwestją uświadamiania. A już zupełnym absurdem jest twierdzenie, iż przed 14 lub 16 rokiem życia jaźń jest jeszcze nieprzebudzona. Co to znaczy? Co to jest jaźń? Każdemu, kto jako tako jest obeznany z zasadami psychologji, wiadomo, że jest to świadome poczucie naszego „ja", naszej psychicznej jednostkowości, dookoła której koncentruje się zespół świadomych przeżyć. Co to znaczy, że owa jaźń jest nieprzebudzona? Czy dziecko do 16 roku życia jest nieprzytomne, czy pogrążone w somnambuliźmie? Do czego mają służyć takie werbalne schematy? Owszem, bardzo są przydatne — autorom.

Gdyż na tych to schematach opiera się cała mądrość wychowawcza autorów, jeśli chodzi o życie płciowe dziecka i o uświadamianie. W pierwszym okresie między 4 a 6 rokiem życia dziecko rzekomo nie stawia pytań „z czego? naco?", lecz tylko „jakie to jest?". Pracą jego jest wszystkiego dotknąć, ująć dotykiem. Uświadomienie w tym wieku polega i kończy się na uświadomieniu sobie płci. „O ile rodzice zauważą, że dziecko przesuwa palcami po ciele i utknie, nie powinni mieć niepokoju, bo... w umyśle niema nic *(sic!)*, to tylko przypadek;... dziecku obojętne, co trzyma w ręce". Jak to łatwo przychodzi autorom zignorować takie fakty, jak samogwałt u dzieci, właśnie w tym pierwszym okresie. Nie są to bynajmniej tak rzadkie wypadki, by zamykać na nie oczy. A już opieranie się przy tem, że dziecko w tym okresie nigdy nie zada pytania „z czego? na co" może prowadzić w praktyce nauczycielskiej i rodzicielskiej do kłopotliwych niespodzianek.

Ale mało tego. Autorowie powołujący się na wyniki psychoanalizy śmią twierdzić, że nawet w drugim okresie a więc do lat dziesięciu dziecko „odczuć seksualnych nie miewa" (str. 395). Zachowanie dziecka w tym okresie wynikać ma tylko ze zrozumienia płci. Dziecko żądać ma teraz odpowiedzi na pytania „co to jest?" i „gdzie?". „Jest to już lokalizacja, dziecko szuka miejsca...".

Ponieważ to łatwiej powiedzieć niż zrozumieć, przeto w uzasadnieniu wspomnianego powyżej schematu, gdzie było powiedziane, że myślenie przyczynowe zaczyna się dopiero w okresie trzecim, t. j. między rokiem 10 a 14—16, autorowie muszą zaprzeć się własnego schematu i uznać, że właściwie już w drugim okresie „dziecko chce wiedzieć, skąd ono się wzięło". Czy wolno mówić, że to samorzutnie powstające pytanie „skąd" wolne jest od myślenia przyczynowego? Uświadomienie w tym okresie polega na obserwacjach na myszkach i innych zwierzętach. Dzieciom w szkole gromadnie pokazuje się lęg myszek, prowadzi się je do jatek, tak, iż wkrótce wiedzą już, jakie funkcje mają pewne organy ciała. W ten sposób dziecko samo sobie uświadamia, skąd się wzięło. Zapał czytelnika do tych budujących eksperymentów nietyle na myszkach co na dzieciach gaśnie jednak wkrótce. Bo oto na str. 396 czytamy: „dzieci stwierdziły, że rośliny powstają z nasionek i ptaki z nasionek (jajeczek) — że wszystko powstaje z nasionka. Po tem ostatniem zdaniu spytał R. F. półgłosem: a człowiek? Pytanie chwilowo pozostało bez odpowiedzi — jako nieśmiałe". Jakto, bez odpowiedzi? Skądżeż ta nagła wstydliwość? Wszak na poprzedniej stronie wyraźnie czytamy: „dziecko chce realnie, trzeźwo, zdrowo wiedzieć, skąd ono jest. Właśnie tu jest początek zboczeń". Oto logika, oto konsekwencja! Na pytania nieśmiałe nie daje się odpowiedzi, nie licząc się z faktem, iż właśnie brak odpowiedzi na dręczące pytania, właśnie te nieśmiałe, jest najszkodliwszy dla psychicznego zdrowia dziecka. Skoro już sprowokowano owe pytania, to należy dać dziecku odpowiedź. Z dwojga złego lepsza już teorja bociania, niż brak odpowiedzi. W metodzie autorów czeka się, aż dziecko nabierze tyle śmiałości, iż zada wreszcie „głośne pytanie: a ludzie?" Dopiero wtedy przychodzi do stwierdzenia, że „mamusia nosi dziecko wewnątrz".

Uświadamianie w trzecim okresie, t. j. od roku 10 do 14—16 potraktowane zostało przez autorów ogólnikowo. Tutaj komunały zastępują wszelką treść, zapowiedzianą w nagłówku. Zalecone jest przedewszystkiem pobłażanie. „Darować wybryki i zastoje w nauce, bo dziecko przechodzi ciężkie fazy... szukając w nieodkrytym sobie własnej jaźni" (str. 399). Szczegółowsze wskazówki to chyba tylko te: „Omówić z młodzieńcami kwestję dziewcząt. W korze mózgowej wytworzyć dużo jasnych i zdrowych zapatrywań. Traktować solidnie, wszczepiać ideały". Milczą autorowie wstydliwie, co począć z owem rzekomo dopiero teraz się budzącem myśleniem przyczynowem. Zapomnieli poradzić rodzicom i nauczycielom, jak odpowiadać na pytania co do pochodzenia płodu w brzuchu matki. Co zrobić z dziećmi, które od doświadczeńszych kolegów zdobyły wiadomości, znacznie przekraczające zakres zaleconego uświadomienia. Zapomnieli lub nie wiedzą autorowie, że nie kwestje ciąży, lecz przedewszystkiem kwestje stosunków płciowych stanowią źródło konfliktów psychicznych w wieku dziecięcym, że tam przedewszystkiem sięga t. zw. ciekawość erotyczna dziecka. Z własnego doświadczenia nic na ten temat wiedzieć autorowie nie mogą, ich metoda bowiem „masowo-indywidualnego traktowania" uniemożliwia osobiste wywnętrzenie się dziecka. Skoro już autorowie powołują się na wyniki psychoanalizy, to niechże wiedzą, że metoda ta stosowana być może tylko w cztery oczy, że żadna „autopsychoanaliza" nie istnieje. Prawo zaś do wynajdywania „metod rodzimych" mają tylko ci, którzy zgłębili już przynajmniej najważniejsze dzieła z odnośnego piśmiennictwa.

Sprawa ta ma znaczenie ogólne, przekraczające zakres krytyki lekarskiej. Wszak każdemu wolno napisać dzieło dyletanckie, wolno mu je nawet wydać nakładem własnym, wolno mu w dzieło takie przelać produkty swej amatorskiej pomysłowości, wolno mu nawet oblec swe płody w haniebną polszczyznę, upstrzoną obficie błędami druku (z tych „dostrzeżonych" sporządzono imponującą listę pięciu stron petitu!) — wszystko wolno, wszak istnieje wolność słowa. A nuż się pokaże, że to, co autorowie szumnie zwą psychologją strukturalną, lub autopsychoanalizą lub zgoła metodą rodzimą, ma jakąś tajemną wartość, której niestety nie mogą się dopatrzeć fachowi przedstawiciele ani pedagogiki, ani psychologji i filozofji, ani medycyny. A nuż się wszyscy mylimy? Powiadam, że wolno grafomanom drukować płody swego ducha. Ale nie wolno robić amatorskich eksperymentów na żywych dzieciach.

Nie wolno? Niefortunni autorowie od szeregu lat rozporządzają szkołą (św. Wojciecha w Krakowie), gdzie bezkarnie czyni się eksperymenty, wyłuszczone w omawianem dziele. Był nawet nacisk pewnej osobistości, by nauczyciele kupowali ten „podręcznik dla nauczycieli i rodziców", by uczęszczali na kursa, uświadamiające praktycznie istotę „metody rodzimej". Każdy zrozumie wmig, co znaczy taki nacisk, mimo iż podręcznik bynajmniej nie został zatwierdzony ani przez Ministerstwo W. R. i O. P. ani przez żadne kuratorjum. Wyzyskano jakieś osobiste wpływy, by zapewnić podręcznikowi powodzenie finansowe i ideowe. Dopiero gdy fachowcy różnych odłamów poczęli się bliżej interesować działalnością autorów, gdy zewsząd zaczęły się podnosić głosy zaniepokojenia, dopiero wówczas — po szeregu lat bezkarnego, dyletanckiego eksperymentowania na dziecięcych duszach — pomyślano o zbadaniu naukowości całej metody. Wówczas to dopiero wspomniany powyżej nacisk na nauczycielstwo osłabł, a wysocy protektorzy gniew swój skierowali przeciw popieranym dotychczas twórcom „metody rodzimej". Te stosunki w każdym razie nie są normalne.

Ze stanowiska lekarskiego sprawa ta musi być również należycie oceniona. Wszystkie pomysły pedagogiczne, dotyczące kwestji uświadamiania płciowego dzieci, muszą się liczyć z wynikami badań lekarskich. Dziś, jak wiadomo, stoi się na stanowisku, że uświadamianie dzieci powinno się odbywać jaknajwcześniej. Niema przeszkód, lecz przeciwnie wiele ważkich argumentów przemawia za tem, by uświadamianie odbywało się jaknajwcześniej, około siódmego roku życia. Wypowiadając powyższą krytykę pod adresem autorów, bynajmniej nie piętnuję idei przez nich reprezentowanej, lecz jedynie tylko brak przygotowania metodycznego, ów rodzimy czy domorosły dyletantyzm, który w tak ważnej i delikatnej materji otrzymał w szkole św. Wojciecha w Krakowie nieograniczone pole do popisu.

Polskie sfery lekarskie muszą się domagać wpływu również na pewne działy pedagogiki, z których kwestja uświadamiania płciowego dzieci jest niewątpliwie jedną z najodpowiedzialniejszych dla higjeny psychicznej społeczeństwa. W urzeczywistnieniu tych zadań poważna rola przypaść powinna lekarzom szkolnym, których zakres działania wogóle powinien być znacznie powiększony. Poza fachowymi lekarzami, przedewszystkiem psychjatrami a zwłaszcza psychoanalitykami, ewentualnie i inne osoby mogłyby do tych zadań być dopuszczone, ale tylko pod warunkiem, że przestudjują wprzódy teoretycznie i praktycznie to, co na tem polu zdziałano. Bez tych i wielu innych ponadto kwalifikacyj nie wolno nikogo dopuszczać do eksperymentowania, zwłaszcza gdy chodzi o tak subtelne zagadnienie, jak uświadamianie płciowe dzieci.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna Praktyczna. Nr. 4. 1933. W. Orłowski: Ostre wrzodziejące czyli złośliwe zapalenie wsierdzia. Endocarditis ulcerosa s. maligna acuta. — Zd. Szymoński: Kilka uwag z zakresu psychoterapji. (Hipnoza, Psychoanaliza, Sugestja).

Therapia Nova. Nr. 4. 1933. A. Gelbfisz: O sztucznej i samoistnej hiperinsulinemji. — H. Zalcman i A. Kiciński: W sprawie teoretycznego i klinicznego uzasadnienia stosowania preparatu „Promonta".

Życie Dziecka. Nr. 4—5. 1933. T. Toeplitz: Dziecko w planie miasta. — M. Statter: Higjena turystyki. — I. Zimmer-spitzówna: Reportaż. — J. Babicki: Dzieci się bawią. — T. Chrapowicki: Gry i zabawy jako czynnik wychowawczy. — Z. Bogdanowiczowa: Znaczenie wychowawcze ogrodów Jordanowskich.

Wychowanie Fizyczne. Nr. 5. 1933. M. Olekiewicz: O stosowaniu pewnych metod statystycznych. — J. Garbień: Opieka lekarska w sporcie. — Cz. Jaworski: Przyczynek do organizacji opieki lekarskiej nad wychowaniem fizycznem i sportem. — Z. Kwaśnicowa: Inscenizowana piosenka i jej zastosowanie. — J. Kałuża: Krzywe plecy.

Lekarz Wojskowy. Nr. 8. 1933. J. Dadlez i W. Sieradzki: W sprawie wykrywania śladów prochu dymnego w miejscu strzału. — A. Fiumel: Astenja lotnicza. — W. Mrozowski: Przyczynek do kazuistyki ciał obcych cewki moczowej.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 21. 1933. W. Augustowski: Porównawcze badanie waty z wyczesków lnianych oraz waty bawełnianej, spotykanej na rynku polskim. — I. Turowska i A. Ludmirska: Stanowisko zabytkowego rodzaju Ephedra w botanice farmaceutycznej.

OCENY.

Księga z San Michele. AXEL MUNTHE. Warszawa, 1933. Wyd. J. Przeworskiego, przekład Z. Petersowej.

Niezwykła książka niezwykłego lekarza! Autor z urodzenia Szwed, obdarzony wybitnem uzdolnieniem pisarskiem, wrażliwością artysty, równocześnie wzniosłą miłością człowieka i wszelkiego stworzenia przeszedł niezwykłą kolej życia: po studjach na Klinice Charcot'a praktykował szereg lat w Paryżu, posiadając

szeroką wziętość w kolonji cudzoziemskiej, skąd gnany naturą turysty wyjechał do Laponji, poznał i umiłował piękności Włoch południowych, praktykował w Rzymie, brał udział w wielkiej wojnie i pod Verdun'em utraciwszy prawie wzrok, zamieszkał w San Michele na Capri.

Z wrażeń i przeżyć tak bogatego w wypadki życia wysnuł księgę o ludziach i rzeczach, o lekarzach i pacjentach, pochłanianą z zajęciem niesłabnącem przez szeroki ogół, godną lekturę odpoczynkową dla każdego lekarza.

Wyznając zasadę, że „lekarzowi nie wolno tylko wyśmiewać swych pacjentów" uświadamia czytelników z zupełną szczerością w sprawach mocy i niemocy największych w nauce naszej (wytyka opaczne skutki poglądów Charcot'a na histerję i szerzenie się „wielkiej histerji" w jego otoczeniu, zaznacza tragizm Pasteura, kiedy zmuszony był przeciąć straszliwe męki zakażonych wścieklizną mużyków), — maluje przeraźliwą bezskuteczność walki z cholerą w Neapolu, bezradność wobec żywiołowej klęski trzęsienia ziemi w Mesynie i t. p.

Ten lekarz sceptyk ma równocześnie gorące współczucie dla cierpienia ludzkiego, b. lekarz dworu szwedzkiego odczuwa braterstwo z największą biedą, wyczuwa wzniosłość poświęcenia prostaczków nizinnych, obejmuje uczuciem godnem św. Franciszka z Assyżu, świat zwierząt i na stronicach swej księgi głosi hasła bezinteresowności lekarskiej!

Osobliwą cechą tego trzeźwego umysłu i temperamentu świetnego sportowca stanowi zawsze mu obecna myśl o finale spraw ludzkich, o żałosnem zejściu — tę smutną sprawę umie ująć z łagodną rezygnacją mędrca i we wspaniałej formie poetycznej wizji przedstawia w zakończeniu dzieła.

Poza obfitością trafnych spostrzeżeń i cennych myśli, powab księgi autora stanowi artyzm narracji, wzruszająca uczuciowość i szczytny humanitaryzm. Czytając, obcujemy z jednym z najlepszych wśród nas, i to przekonanie winno być zachętą do poznania „Księgi z San Michele". *K. Ł.* (Częstochowa).

Badania kliniczne równowagi kwasowo-zasadowej na podstawie analizy moczu. (Étude clinique de l'equilibre acido-base par l'analyse d'urine). Médecine et Chirurgie pratique. R. GOIFFON. Masson et Cie. Paris.

Na stu stronnicach autor streszcza prawa dotyczące równowagi kwasowo-zasadowej w ustroju, starając się unikać formuł zbyt złożonych, a jednak dążąc do wyrażenia wszystkich obecnie obowiązujących praw chemiczno-fizycznych.

Pierwsza część książki poświęcona jest omawianiu pojęcia kwasowości aktywnej i kwasowości oznaczalnej przez miareczkowanie, znaczeniu tej kwasowości dla ustroju i pojęciu równowagi kwasowości, to jest pojęciu ujednostajniania jej przy zaburzeniu w kierunku zakwaszenia, lub zalkalizowania.

W drugiej części wyłożone są sposoby badań moczu w kierunku dotyczącym tych właśnie spraw zakwaszenia. Podane więc są sposoby oznaczania: 1) kwasowości przez miareczkowanie określonej, 2) zawartości amoniaku, jako miary zakwaszenia, 3) oznaczenie ilości kwaśnych fosforanów, 4) oznaczenie kwasów organicznych, 5) oznaczenie węglanów i ilości zasad. Pomiędzy temi liczbami autor ustala stosunki, które pozwalają mu ocenić miarę kwasowości i jej pochodzenie. Szczególniej zwraca autor uwagę na stosunek liczby kwasowości do ilości mocznika, albo raczej azotu, uważając, że azotowe ciała, a więc białka są normalnie źródłem kwasowości najważniejszem.

Ostatnia najkrótsza część poświęcona jest omawianiu spraw leczenia nadkwasowości i metodom oznaczania.

W. Moraczewski (Lwów).

Anatomja lekarsko-chirurgiczna układu nerwowego roślinnego. (Anatomie médico-chirurgicale du système nerveux végétatif. (Sympathique et parasympathique)). J. DELMAS et G. LAUX. Masson. Paris 1933. Stron 266 in 8°. Rys. 101 i tablic XV. Cena 80 fr.

Delmas i Laux tworząc swą budowę układu nerwowego roślinnego sympatycznego i parasympatycznego mieli bardzo trudne zadanie. Danych czysto anatomicznych jest bardzo wiele, mimo licznych prac ciągle jeszcze zbyt mało, by możliwa była logiczna budowa całości tylko na nich oparta. Braki anatomiczne uzupełniają D. i L. danemi z fizjologji. Teorje autorów, co sami podnoszą, są czasem nieco rewolucyjne, trudno się jednak oprzeć logice, jaką przemawiają do naszego przekonania. Stosownie do tych założeń, dzieło D. i L. rozpada się na kilka rozdziałów. I omawia budowę drobnowidową i jest rozdziałem wstępnym, który wprowadza nas w tajniki konstrukcji autorów. II opisuje ośrodki mózgowe i rdzeniowe układu roślinnego. III najobszerniejszy i najbardziej „anatomiczny" omawia część obwodową. IV wiąże elementy anatomiczne, powyżej opisane w jedną całość przy pomocy szczegółów znanych z fizjologji. V stanowi atlas anatomiczny do użytku chirurga i opisuje dostęp do poszczególnych części układu roślinnego obwodowego.

Książka D. i L. nie jest ścisłem studjum anatomicznem. Niemniej poznane dotychczas szczegóły anatomiczne są tu dokładnie opisane. Klasyczny opis tego działu musi jeszcze czekać na dalsze żmudne prace, które mają wiele luk do wypełnienia.

Natomiast praca D. i L. stwarza przejrzystą, może czasem dowolną nieco, systematykę i daje czytelnikowi jasną podstawę myślową do orjentacji w masie znanych szczegółów i nowych odkryć, jakie niewątpliwie zostaną ogłoszone. *K. Czyżewski* (Lwów).

Dermatologie. A. SÉZARY. Masson et Cie. Paris 1932. IV-to. Str. 237.

Celem ułatwienia słuchaczom medycyny pierwszych kroków stawianych w pewnej racjonalności a należących — jak autor we wstępie zaznacza — do dość nieprzyjemnych momentów każdego studjum, wydał Sézary pod swoją redakcją szereg małych tomików, będących niejako wprowadzeniem ucznia do poszczególnych działów medycyny. Dotychczas wyszły z tego zbioru: Psychjatrja, leczenie kiły, patologja wątroby i trzustki, patologja oseska, ginekologja, semjologja chirurgiczna. Każdy z wymienionych tomików jest pisany przez wybitnego specjalistę danej gałęzi medycyny.

Niniejsze dziełko jest narazie ostatniem z tego zbioru. Celem autora nie było wyczerpujące zestawienie wszystkich schorzeń skóry, ile raczej studjum metod rozpoznawczych i elementów nozologji dermatologicznej. Według autora „diagnostyka nie jest zupełna, skoro się nie odkrywa przyczyny schorzenia". Do tego celu służą badania kliniczne i laboratoryjne. Wniosek stąd taki, że dermatolog powinien być nietylko specjalistą ale w pierwszym rzędzie lekarzem o wiedzy ogólnej.

Na treść dziełka składają się części następujące: Krótki zarys histologji skóry, diagnostyka dermatologiczna, systematyka schorzeń, patologja mieszka włosowego i gruczołów skóry.

Sposób wprowadzania ucznia w początki dermatologji jest oryginalny. Mówiąc np. o plamce *(macula)* daje autor odrazu pogląd na większość bardziej znanych dermatoz, których cechą charakterystyczną jest plamka, poczem następuje szereg bardzo udatnych zdjęć fotograficznych, tyczących się chorób skórnych o charakterze plamistym.

W ogólności ryciny, a jest ich 84 — stanowią ważną część książki. Nie zapomina też autor o metodach pomocniczych, laboratoryjnych, służących do ustalenia rozpoznania (bakterjologja, histologja, odczyny biologiczne, chemja). Dział obejmujący krótką systematykę dzieli autor na dermatozy wywołane czynnikami martwemi (przyczyny mechaniczne, fizyczne, chemiczne) i na dermatozy, wywołane czynnikami żyjącemi (epizoonozy, grzybice, choroby bakteryjne). Osobno są opisane dermatozy związane z zaburzeniami funkcyj organów wewnętrznych (Aparat oddechowy i krążenia, gruczoły dokrewne, system nerwowy, nerki, organa krwiotwórcze). Specjalny rozdział jest poświęcony dermatozom wywołanym na skutek uczulenia. Do tych zalicza autor: *urticaria, prurigo, eczema.*

W rozdziale o dermatozach z przyczyny nieznanej spotykamy: *Pityriasis rosea, psoriasis, parapsoriasis, erythrodermie, lichen planus* Duhring, *pemphigus, sclerodermia, atrophiae, naevi.*

Ostatnia część dziełka obejmuje choroby włosów, paznokci, gruczołów potowych i łojowych. Całość przedstawia się tak pod względem treści jak i formy bardzo korzystnie. Druk, papier, zdjęcia fotograficzne doskonałe. Szkoda tylko, że obok tak dodatnich cech książki spotykamy niedociągnięcia i to z winy nie autora lecz wydawnictwa. Oto znajdujemy brak tekstu na 6 stronicach: str. 118—119, 122—123 i 126—127. Brak tekstu na 6 stronicach zapewne stanowi niemałą szkodę zwłaszcza dla tych, dla których książka jest głównie przeznaczona t. j. dla początkujących dermatologów. *Dr. A. Nadel* (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Biologja.

Czy ślinianki przyuszne działają wkrewnie na przemianę węglowodanową? E. GLASER i I. BANNET. Klin. Wschr. Nr. 9. 1933.

Szereg prac wskazuje na istnienie wewnętrznego wydzielania ślinianek przyusznych, a dotyczy to szczególnie doświadczeń, w których podwiązywano przewód Stenona. Według tych prac działanie tych ślinianek miałoby polegać na obniżaniu we krwi poziomu cukru, a tem samem wzmaganiu tolerancji na cukier i le-

czeniu cukromoczu. Usunięcie tych ślinianek powoduje jednak wyniszczenie, mimo dobrze utrzymanego trawienia. Podwiązanie przewodów Stenona okazało się skutecznem w kilku przypadkach cukrzycy. Obniżenie poziomu cukru w niewielkiej ilości doświadczeń okazało się minimalnem od 0,02 do 0,14 jednostek insuliny. B e s t i S c o t t przyjmują obecność ciał podobnych do insuliny także w śliniance podszczękowej. M a n s f e l d uważa, że albo chodzi tu o ciało wydzielane, które ma działanie podobne do insuliny, albo o rodzaj sekretyny, która pobudza produkcję insuliny. Stwierdzono wpływ wycięcia ślinianki przyusznej na szereg innych narządów (tarczyca, trzustka, wątroba), nie stwierdzono jednak w żadnym przypadku cukru w moczu. Powiększenie tej ślinianki stwierdza się nietylko w zapaleniu trzustki, ale także w szeregu innych afekcyj ze strony jąder, jajników, tarczycy, grasicy, gruczołu piersiowego, narządów rodnych, nadnercza i t. d. Ten fakt przemawiałby przeciw swoistemu działaniu wkrewnemu ślinianki przyusznej tak, że niektórzy wprost występują przeciw przyznawaniu tej śliniance znaczenia wydzielania wkrewnego. Mimo to klinicyści wciąż wskazują na pewien związek ślinianek z cukrzycą, a to na podstawie własnych spostrzeżeń, między innemi na powiększenie się ślinianek przyusznych u osobników z cukrzycą, co nawet powoduje pewien charakterystyczny obrys twarzy takich osobników.

Autorowie przeprowadzili badania na królikach, którym wprowadzali dożylnie wyciąg ze ślinianek przyusznych bydlęcych; wyciągi te były pozbawione ciał białkowych, lipoidowych i soli. Otóż na podstawie tych doświadczeń nie mogli oni stwierdzić w tych wyciągach insuliny lub ciał podobnych do insuliny. Powiększenie ślinianek w niedomodze trzustki przemawia jednak za ich zwiększoną czynnością. Nasuwa się tedy myśl, że korzystne działanie tych ślinianek może odbywać się na drodze wydzielania wewnętrznego w związku ze zwiększonem ich wydzielaniem. Zwiekszona ilość ptyaliny powoduje lepszy rozkład skrobi. Pokazuje się jednak, że czynność ślinianek na tem się nie wyczerpuje. S c h e e r wykazał w ich wydzielinie lipazę, B e n d i x e n że ma wpływ na kwas solny i pepsynę.

Na podstawie swych rozważań i doświadczeń autorowie dochodzą do wniosku, że w śliniankach nie zachodzi wkrewne wydzielanie w znaczeniu wydzielania ciała podobnego do insuliny, a także nie w rodzaju sekretyny, lecz mają tu znaczenie ciała inne, fermenty peroksydazy i oksydazy i, zdaje się, ma tu znaczenie wydzielanie zewnętrzne, które może w części zastępować trzustkę. W ten sposób możnaby tłumaczyć spostrzegany przez klinicystów przerost ślinianek przyusznych. Z tego wynika, że w leczeniu cukrzycy należałoby uwzględniać także zewnętrzne wydzielanie ślinianek. *W. Nowicki* (Lwów).

Sposób działania hormonu przedniego płata przysadki na jajniki. P. WIRZ i H. GOECKE. Arch. f. Gyn. T. 147, z. 3.

Aby się przekonać, czy sposób działania hormonu przedniego płata przysadki (= hormon p. p. p.) zależy od ilości tkanki jajnikowej, wstrzykiwali autorowie mocz kobiet ciężarnych w różnych rozcieńczeniach 100 myszkom infantylnym, jednostronnie kastrowanym, a dla kontroli również 100 zupełnie zdrowym. Okazało się, że zwierzęta kastrowane potrzebują do wystąpienia odczynu przedniego płata przysadki — takiej samej ilości hormonu jak i zwierzęta normalne. Ilość obecnej tkanki jajnikowej nie gra zatem żadnej roli.

Dalsze doświadczenia autorów miały na celu wyjaśnienie, w jaki sposób hormony p. p. p. działają na jajniki, których połączenia nerwowe i naczyniowe z ustrojem zostały przecięte, jak to ma miejsce np. po przeszczepieniu jajników. W tym celu kastrowano cały szereg myszek i jeden jajnik przeszczepiano w mięśnie uda. Jeśli nastąpiło wgojenie się jajnika i utrzymała się dość znaczna jego ilość w stanie czynnym, wówczas hormon p. p. p. działał na taki jajnik. Dowodzi to, że wystąpienie odczynu przedniego płata przysadki zależy jedynie od należytego i dostatecznego unaczynienia.

Fakt ten czyni bliskiem przypuszczenie, że ilość hormonu we krwi i jego tamże obecność są najważniejszemi czynnikami dla wywołania odczynu. Przypuszczenie takie znajduje uzasadnienie w doświadczeniach G o e c k e g o, który wskazał, że po śródżylnym zastrzyku hormonu p. p. p. odczyn na jajniku myszki występuje znacznie szybciej, aniżeli po zastrzyku podskórnym. Niezależność odczynu od systemu nerwowego jest zjawiskiem właściwem każdemu działaniu hormonu. *K. B.* (Lwów).

Badania kliniczne i doświadczenia na zwierzętach nad hormonem przedniego płata przysadki. EHRHARDT. Arch. f. Gyn. T. 148, z. 1.

Z o n d e k i A s c h h e i m podali praktyczną metodę wykazania hormonu p. p. p. regulującego czynność płciową i wykryli w ten sposób dzisiaj powszechnie uznaną reakcję ciążową. Hormon p. p. p. wywołuje na jajniku młodocianej myszki 3 znane reakcje. Hormon reakcji I. określa Zondek jako hormon dojrzewania folikułów lub prolan A, hormon zaś reakcji III. jako hormon luteinizacyjny lub prolan B. Dotychczas nie udało się uzyskać oddzielnie każdego z tych hormonów z moczu ciężarnych. Kliniczne spostrzeżenia wykazują, że — jak dotąd — nie można jeszcze z całą pewnością rozstrzygnąć ze stanowiska biologicznego interesującego a praktycznie ważnego pytania, czy reakcje p. p. p. I. II. III. wywołane są przez jeden i ten sam hormon, lecz działający tylko w różnej ilości, czy też przez dwa różne hormony. Badania nad mechanizmem działania reakcji p. p. p. wykazują, że całkowite wycięcie macicy powoduje powstrzymanie reakcji. Przeszczepiony jajnik nie okazywał nigdy śladów działania hormonu, objaw, który uważać należy prawdopodobnie za następstwo niedostatecznego ukrwienia jajnika.

Najlepiej uzyskuje się hormon przy pomocy metody strącania alkoholem. Pod wpływem ciepła ulega hormon uszkodzeniu względnie zniszczeniu, natomiast jest on bardzo odporny na działanie zimna i promieni o krótkich falach (promienie pozafiołkowe, rad, Roentgen). Na świnki morskie i królice działa hormon p. p. p. taksamo jak na myszki młodociane. U młodych kurcząt nie można było wywołać przedwczesnej owulacji mimo stosowania prehormonu przez pół roku. Natomiast przez podawanie hormonu przez czas dłuższy lub przez t. zw. uderzenie hormonalne udało się u małp (gatunku *Rhesus)* wywołać wyraźne powiększenie i sine zabarwienie macicy i rozpulchnienie jajowodów bez żadnych zmian w jajnikach. Doświadczenia mające na celu sztuczne zapłodnienie młodocianych samiczek gryzoniów, u których sztuczne przy pomocy hormonu p. p. p. wywołano dojrzałość płciową, wypadły przeważnie ujemnie. Jest to więc dojrzałość płciowa morfologiczna a nie czynnościowa. W świecie roślinnym nie udało się wykazać substancji o działaniu hormonu p. p. p. Sama przysadka ludzka poza ciążą daje najczęściej dodatnią, w czasie ciąży zaś zawsze ujemną reakcję p. p. p. Natomiast przysadka zwierząt ciężarnych daje reakcję dodatnią. E v a n s o w i udało się izolować z przedniego płata przysadki jeszcze dalszy hormon, którego nie zawiera mocz ciężarnych. Ten t. zw. hormon wzrostu ma za zadanie regulowanie wzrostu długości. U szczurów można było wywołać wzrost olbrzymi przez śródotrzewnowe stosowanie dobrze roztartej substancji p. p. p. przez szereg miesięcy.

Podobnie jak przy zaśniadzie groniastym wypada reakcja A. Z. dodatnio również przy nabłoniaku kosmówkowym, przyczem produkcja względnie wydzielanie hormonu jest znacznie większe jak w ciąży normalnej tak, że w tych przypadkach reakcja ta jest bardzo wartościowym środkiem pomocniczym pod względem rozpoznania i rokowania. Stosunki hormonalne są różne u rozmaitych gatunków zwierząt. Na podstawie wykazania u klaczy ciężarnych dwóch hormonów (h. dojrzewania folikułów i h. jajnikowy) zbudował Zondek reakcję ciążową. Terapja preparatami przedniego płata przysadki w schorzeniach ginekologicznych pochodzenia przysadkowego poczyniła znaczne postępy. Stosuje się w tym celu nowe, biologicznie wypróbowane i standaryzowane preparaty p. p. p (prolan, prehormon), tkanki zawierające hormon p. p. p. (substancję p. p. p., tkankę łożyskową) i płyny zawierające hormon p. p. p. (krew ciężarnych, mocz ciężarnych, surowicę ciężarnych). Atoli ścisłe i jasne opracowanie wskazań wymaga jeszcze dalszych badań i doświadczeń. *K. B.* (Lwów).

Wpływ hormonu przedniego płata przysadki mózgowej na poziom cukru we krwi. F. BÖHM. Bratislavské Lekarské Listy. 1932. z. 10.

Dożylny zastrzyk 100 jednostek prolanu wywołuje u królika hiperglikemję; mniej skutecznym jest zastrzyk domięśniowy, zupełnie bezskuteczny jest zastrzyk podskórny. Hiperglikemja osiąga maksymum w czasie 20—50 minut po zastrzyku i utrzymuje się jeszcze po 90 minutach. Tę hiperglikemję można usunąć przez wyłączenie układu sympatycznego zapomocą ergostaminy. Zastrzyk prolanu osłabia hipoglikemję insulinową. Cukromocz występował wówczas, gdy cukier we krwi przekraczał 300 mg %. Jeżeli glikogen zupełnie znikał z wątroby, wówczas po podaniu prolanu nie objawiała się hiperglikemja. Autor dowodzi, że powyższe wyniki wykazują bezspornie wpływ przedniego płata przysadki na regulację przemiany materji. *Ungar* (Lwów).

Wpływ substancyj hormonalnych na czynność przedniego płata przysadki i jego praktyczne znaczenie. L. KRAUL. Arch. f. Gyn. T. 148, z. 1.

Autor przeszczepiał myszkom młodocianym przysadkę mózgową zwierząt, u których poprzednio dokonał injekcji różnych substancyj, a to w celu przekonania się, jaki wpływ wywierają te substancje na czynność przedniego płata przysadki. Doświadczenia wykazały, co następuje: 1) injekcje folikuliny zwiększają działanie

prolanu A przeszczepionej przysadki. 2) Injekcje wyciągu ciałka żółtego czynią to samo odnośnie do prolanu B. 3) Po injekcjach moczu ciężarnych przeważało zwykle działanie implantatu w kierunku wzmożonej luteinizacji. 4) Adrenalina przyśpieszała nieco dojrzewanie folikułów. 5) Łożysko działało rozmaicie.

Nie stwierdzono żadnej różnicy w działaniu implantatu, bez względu na to, czy tenże pochodził ze zwierzęcia kastrowanego, czy też niekastrowanego. Również bezpośrednie naświetlanie przysadki promieniami Roentgena nie wykazało żadnej różnicy działania po jej przeszczepieniu. Ze względów praktycznych ważne jest stwierdzenie faktu, że przy użyciu myszki młodocianej jako sprawdzianu liczyć się należy z aktywizacją jej przysadki.

K. B. (Lwów).

Kliniczne i doświadczalne badania nad czynnikiem melanoforycznym tylnego płata przysadki. EHRHARDT. Arch. f. Gyn. T. 148, z. 1.

Jeżeli żabie o jasnej skórze wstrzyknie się małą ilość wyciągu tylnego płata przysadki, to już po kilku minutach skóra żaby zmienia swą barwę i staje się zupełnie ciemna. Zjawisko to polega na tem, że komórki barwikowe skóry (melanofory) rozkładają się pod wpływem inkretu tylnego płata, dlatego też reakcja ta nosi nazwę reakcji przysadkowo-melanoforycznej. *Orasthina* zawiera tylko hormon tylnego płata p. działający na macicę i nie wywiera żadnego wpływu na komórki barwikowe skóry amfibij. Składnik działający na macicę nie jest zatem identyczny ze składnikiem działającym na komórki barwikowe. *Tonephina* zawiera składniki hormonów tylnego płata przysadki działające diuretycznie i podnoszące parcie krwi i ona powoduje owe masowe rozłożenie komórek barwikowych.

Badania doświadczalne na małpach (z gatunku *Rhesus),* jakoteż badania kliniczne stwierdziły, że zawarty w przysadce czynnik działający na komórki barwikowe po podaniu doustnem stosunkowo szybko znika z krwi i w przeciągu najbliższych 24—48 godzin wydziela się w moczu. Tylny płat przysadki ludzkiej i zwierzęcej tak w czasie ciąży jak i poza ciążą działają taksamo na rozszerzanie się komórek barwikowych. Tylny płat przysadki płodu zawiera duże ilości tych ciał działających na rozłożenie komórek barwikowych skóry. Powstawanie tychże ciał w tylnym płacie przysadki nie jest zatem związane, jak początkowo przypuszczano, z działaniem promieni światła na powierzchnię skóry.

K. B. (Lwów).

Cykl jajnikowy i ciąża u myszy białej. C. CLAUBERG. Arch. f. Gyn. T. 147. z. 3.

Na podstawie licznych badań dochodzi autor do wniosku, że w ciąży wczesnej u myszki białej istnieją w kanale rodnym typowe zmiany, które odnieść należy do działania czynnego ciałka żółtego. Te zmiany specyficzne występują również w czasie cyklu jajnikowego, jeżeli on przebiega zupełnie typowo t. j. z dojrzewaniem i pęknięciem pęcherzyka jajkowego, a następnie wytworzeniem się ciałka żółtego. Zmiany wywołane przez świeże ciałko żółte trwają wówczas najmniej 5 dni.

Okres złuszczania, powtarzający się co 4—5 dni oznacza ukończenie regularnego zarośnięcia pęcherzyka w jajniku, przedstawia zatem cykl rujowy a nie całkowity cykl jajnikowy.

Pełny cykl u białej myszki z dojrzewaniem pęcherzyków, pęknięciem znacznej części pęcherzyków dojrzałych i następowym rozwojem ciałka żółtego trwa 9—10 dni, z czego przypada 3—4 dni na dojrzewanie pęcherzyków, około 5 dni na rozwój ciałka żółtego. Pozostały czas stanowi okres przejściowy. Z rozmazów wydzieliny pochwy po okresie złuszczenia nie można wysnuwać żadnych wniosków o stanie jajnika a mianowicie, czy istnieje zanik pęcherzyków, czy też tworzy się ciałko żółte z równoczesna ciążą czy też bez ciąży. Rozmaz taki ma zatem znaczenie i wartość tylko dla rozpoznania pewnej fazy cyklu u normalnego zwierzęcia, a mianowicie jedynie dla fazy proliferacji t. zn. dla fazy *prooestrus i oestrus,* jeżeli inne pomyłki mają być wykluczone. Przy pomocy licznych rycin opisuje autor rozwój ciałka żółtego i przebieg odpowiednich zmian na błonie śluzowej macicy i pochwy, a ponadto podaje obraz histologiczny narządu rodnego w ciąży w czasie po 5-tym dniu po pęknięciu pęcherzyka. Rozważając porównawczo te zmiany histologiczne w stosunku do obecnych badań hormonów jajnikowych, przyjmuje autor, że ciałka żółte ciążowe u myszki białej czynne są prawie do końca ciąży, a zatem konieczne dla jej utrzymania.

Szczególna uwagę zwraca autor na zmiany błony śluzowej pochwy i wykazuje, jak z okresu złuszczania rozwija się stan spotykany w czasie ciąży. *K. B.* (Lwów).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Zmiany wielkości, kształtu i położenia macicy ciężarnej. B. A. LIBOW. Arch. f. Gyn. T. 147. z. 3.

Materjał obserwacyjny obejmuje 432 ciężarnych, które autor obserwował od czasu ostatniej regularności aż do chwili porodu. Przekonał się, że położenie macicy w jamie brzusznej jest różne i zależy od różnych warunków, jak położenie płodu, konstytucja ciężarnej, pojemność miednicy i t. d. W pierwszych miesiącach ciąży nie u wszystkich ciężarnych stwierdza się macicę w przodozgięciu i pochyleniu, bywa to jeszcze najczęściej u pierwiastek, naogół zaś położenie macicy jest różne. Co się tyczy zachowania się szyi macicy w ostatnich miesiącach ciąży, to z spostrzeżeń autora wynika, że szyja może być utrzymana aż do samego porodu, może się skracać, a bardzo rzadko zupełnie zaniknąć. Zmiany te spostrzega się głównie u pierwiastek, przyczem zachowanie się szyi pozostaje w związku z położeniem główki w stosunku do płaszczyzny wchodu. Jeżeli główka znajduje się cały czas przed porodem powyżej wchodu miednicy, szyja nie ulega wcale skróceniu. Zaczyna się ona dopiero skracać, jeżeli główka już dużym odcinkiem tkwi we wchodzie. Może zaś zupełnie zaniknąć t. zn. rozewrzeć się, jeśli główka przeszła już wchód i znajduje się cała w miednicy. U wieloródek utrzymuje się szyja aż do chwili porodu, wyjąwszy przypadki, w których główka wstąpi do miednicy. Wielkość macicy w czasie ciąży wykazuje znaczne wahania indywidualne i podawane w położnictwie cyfry jako stałe i pewne dla oznaczenia tej wielkości nie dają wcale należytego wyobrażenia o rozmiarach macicy, ponieważ punkty wyjścia tych obliczeń są zmienne. Również i kształt jakoteż położenie macicy w ciąży zależy od wielu indywidualnych warunków. Rozrost macicy ciężarnej zależy w znacznym stopniu od konstytucji (np. typ asteniczny, pikniczny), od długości ciała, wagi, stanu odżywienia, a nawet od rasy. *K. B.* (Lwów).

Przyczynek do rozpoznawania i leczenia zaawansowanych ciąży zamacicznych z płodem żyjącym. N. P. MARIANTSCHIK. Mschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 90, H. 3—4.

Autor szczegółowo opisuje 2 kazuistyczne przypadki ciąży brzusznej z płodem żywym. Rozpoznanie ustalono dopiero podczas operacji. W przypadku 1-ym wydobyto płód żywy wagi 950 g, który zmarł po 8-u i pół godz. U drugiej chorej, u której przypuszczano ciążę śródmaciczną, operację wykonano z powodu objawów niedrożności jelit. Płód w tym przypadku ważył 2700 g i dotychczas — 3-letnia obserwacja — żyje. Autor szczegółowo zastanawia się nad objawami ciąży zamacicznej zaawansowanej i nad postępowaniem w razie stwierdzenia tego powikłania. Zasadniczo autor nie wypowiada się ani za natychmiastową operacją, o ile badanie stwierdza obecność płodu żyjącego, ale niedonoszonego, ani za czekaniem aż płód stanie się zdolnym do życia. Autor twierdzi tylko, że przypadki należy indywidualizować. Co do techniki operacyjnej, to autor skłania się raczej ku radykalnemu usunięciu całego worka płodowego, a w każdym razie płodu i łożyska.

J. Lenczowski (Lwów).

Górne drogi moczowe w czasie ciąży. HANLO. Arch. f. Gyn. T. 147. z. 3.

Autor zastanawia się nad kwestją, jakie czynniki grają rolę w dolegliwościach ciężarnych, objawiających się bólami w krzyżach i parciem na mocz. Omawia rozwój historyczny zapatrywań na tę sprawę, przytacza i rozważa stosunki anatomiczne i fizjologiczne aż do najnowszych zapatrywań, które stwierdzają, że rozszerzenie miedniczek i moczowodów ma swe źródło w przyczynach czynnościowych i mechanicznych. Zdjęcia rentgenowskie po śródżylnych zastrzykach preparatów jodowych, zdaniem autora, najwierniej oddają stosunki fizjologiczne. Na podstawie własnych zdjęć pyelograficznych dochodzi do wniosku, że u ciężarnych, które od początku ciąży żalą się na bóle w krzyżach, promieniujące ku pęcherzowi moczowemu, na pierwszy plan wybijają się zmiany w napięciu moczowodu i miedniczek, jakoteż zwężenie światła moczowodu w okolicy pęcherza. U ciężarnych, u których bóle w krzyżach występują dopiero w drugiej połowie ciąży, do czynników powyższych przyłącza się jeszcze ucisk moczowodu przez macicę ciężarną. U chorych grupy pierwszej w celach leczniczych zaleca *tonefinę* i podawanie większej ilości płynów, u chorych grupy drugiej również tonefinę, leżenie na boku strony zdrowej i ewentualnie założenie cewnika na stałe i przestrzykiwanie pęcherza.

K. B. (Lwów).

Zapalenie wsierdzia w ciąży i połogu. Nikolaus ALDERS. Mschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 90, H. 3—4.

Na podstawie materjału sekcyjnego, obejmującego 202 przyp. śmiertelnych, które zdarzyły się w Klinice Kermaunera w Wiedniu

za ostatnie 10 lat, rozważa autor rozpoznanie, etjologję, rokowanie i leczenie ostrego zapalenia wsierdzia. W 29-u przyp. stwierdzono świeże zmiany zapalne na zastawkach sercowych (14, 4% wszystkich przyp. sekcjonowanych). Z tych 29-u przypadków 17 dotyczyło chorych septycznych (17% wszystkich zmarłych na zakażenie), 12 zaś zdarzyło się u kobiet, u których nie stwierdzono zmian septycznych (11,8% przypadków niezakaźnych). 17 razy stwierdzono ostre zajęcie wsierdzia po raz pierwszy, 12 razy proces ostry rozwinął się na tle już istniejącej sprawy zastawkowej. Na 18 chorych z wadami zastawkowemi, zmarłych w omawianym czasokresie, wyżej wymienionych 12 przyp., wykazujących zaostrzenie dawniej istniejącej sprawy, dowodzi, zdaniem autora, jak znaczną rolę w powstawaniu ostrego zapalenia wsierdzia odgrywają wady sercowe. Mimo to o etjologji schorzenia niewiele można powiedzieć. Przebyty reumatyzm, pląsawicę, zapalenie migdałków chętnie stawiają w związek etjologiczny z ostro występującem zapaleniem wsierdzia. Materjał autora zdaje się tego nie potwierdzać. Również autor nie przychyla się do zdania niektórych, jakoby sama ciąża usposabiała do powstawania schorzeń sercowych. Wysoki odsetek zmian sercowych u chorych, zmarłych w ciąży i połogu, znajdujemy nie dlatego, że ciąża sprzyja powstawaniu chorób sercowych, ale raczej dlatego, że choroby sercowe, zwłaszcza ostre sprawy zapalne wsierdzia, dają bardzo złe rokowanie. Rzeczywiście, wszelkie sposoby lecznicze tego ostatniego schorzenia okazują się beznadziejnemi. I dlatego rodzi się myśl, czy nie należałoby liberalniej stawiać wskazań do przerwania ciąży u osób, dotkniętych ostrem zapaleniem zastawek. Ale tu natrafiamy właśnie na znaczne trudności praktyczne, gdyż rozpoznanie ostrego zapalenia wsierdzia jest bardzo trudne. A zresztą, jak na to wskazuje kilka przypadków autora, samo przerywanie ciąży jest zabiegiem poważnym, mogącym być bezpośrednią przyczyną nagłego zejścia śmiertelnego. W dodatku, jak dotychczas, wcale nie jest dowiedzione, ażeby usunięcie ciąży leczyło ostre zapalenie wsierdzia. Wobec beznadziejności zabiegów terapeutycznych w omawianej sprawie, na pierwszy plan wybija się sprawa zapobiegania chorobom serca. Dokładna kontrola całego ustroju kobiety ciężarnej, usuwanie wszelkich możliwych ognisk septycznych (zepsute zęby, przerosłe migdałki, i t. d.) stanowi najlepszą gwarancję uchronienia ciężarnej od możliwości powstawania ostrego zapalenia wsierdzia.

J. Lenczowski (Lwów).

O twardzinie skóry (sklerodermji) w czasie ciąży. K. J. ANSELMINO i F. HOFFMANN. Zschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103, z. 1, 1932 r.

Opis przypadku tyczącego 17-letniej kobiety, u której wystąpiły w ostatnich tygodniach ciąży na wewnętrznych stronach ud i na brzuchu silnie zabarwione stwardnienia skóry. Klinicznie i histologicznie rozpoznano sklerodermję. Po porodzie zmiany te zaczęły się cofać, a 16-go dnia połogu były prawie niewidoczne. Podobnego przypadku, w którym stwardnienia skóry, powstałe w ciąży samoistnie, cofnęły się w połogu, dotychczas nie opisywano w piśmiennictwie. Autorzy przypuszczają, że powodem wystąpienia tych zmian na skórze były zaburzenia w równowadze wewnętrzno-wydzielniczej wywołane przez ciążę.

Zb. Rychłowski (Lwów).

Ciężkie zapalenie miedniczek nerkowych w ciąży. E. HELD. Gyn. Obst. T. 25. Nr. 5.

Autor przytacza trzy przypadki ciężkiego zapalenia miedniczek nerkowych w ciąży, z których dwa skończyły się śmiertelnie. Pod wpływem tych obserwacyj oraz odnośnego piśmiennictwa autor podnosi niedocenianą niekiedy powagę tego schorzenia. Do oceny każdego przypadku konieczne jest wykonanie całego szeregu badań laboratoryjnych, określenie ilości mocznika we krwi — próba wodna nerek tak wydzielnicza jak i koncentracyjna, badania bakterjologiczne, a przedewszystkiem posiewy krwi dają cenne wiadomości o rozległości zakażenia. Wreszcie badanie radjologiczne jest nieodzownem w każdym przypadku uporczywego zapalenia miedniczek nerkowych. W obserwacji klinicznej zwracać należy uwagę na żółtaczkę i lekką sinicę, znamionujące ciężkie przypadki. Postępowanie lecznicze autora jest: najpierw leczenie farmakologiczne, potem, jeśli to nie daje wyników, drenowanie miedniczek na przeciąg kilku dni ewentualnie z instylacją bakterjofagu pał. okrężnicy. Leczenie wzmocnić można przez podanie surowicy przeciw pał. okrężnicy. Jeżeli postępowanie powyższe nie odnosi skutku, należy w przypadku sprawy jednostronnej wykonać operację na nerce (nefrotomję lub dekapsulację), jeżeli sprawa jest obustronna, należy przerwać ciążę przez pochwę w początku ciąży albo cięciem cesarskiem przy końcu.

Świstun (Lwów).

Przyczynek do nauki używania królika w diagnostyce biologicznej ciąży (Reakcja Friedmanna i Broucha). TARNIER. Obst. Gyn. T. 25. Nr. 3.

Autorzy porównywali na 140 doświadczeniach ściśle przeprowadzonych i kontrolowanych klinicznie użycie królika, myszki samicy i samca do biologicznego stwierdzenia ciąży i doszli do wniosku, że królik młody lub też dojrzały płciowo jest dobrym odczynnikiem biologicznym na hormon ciąży. Do reakcji klasycznej zwykle stosowanej można wcielić jako równorzędny odczynnik — królika. Reakcja ta ma tę dobrą zaletę, że rezultat może być osiągnięty nie w 4-ech dniach, lecz w 24—48 godzin.

Świstun (Lwów).

Guz przysadki a ciąża. E. W. WINTER. Arch. f. Gyn. T. 147. Z. 1.

Dokładny opis przypadku kazuistycznego. Zdaniem autora guzy przysadki, które w czasie ciąży rozrastają się i dają objawy uciskowe, stanowią wskazanie do przerwania ciąży. Ważną przytem rzeczą jest okoliczność, jak daleko posunięte są zmiany w narządzie wzroku i czy można liczyć na ich ustąpienie. W przypadku autora istniały bardzo poważne zaburzenia w czynności przysadki, jak np. nadmierne wydzielanie w moczu hormonu przedniego płata, zaburzenia w przemianie specyficzno-dynamicznej białka i t. p. Wszystkie te objawy ustąpiły po przerwaniu ciąży.

K. B. (Lwów).

Zmiany w drogach moczowych pod koniec ciąży i z początkiem połogu. W. F. MENGERT, H. P. LEE (Jowa City, Jowa). Amer. Jour. of. Obst. a. Gyn. XXIV. 2. 1932.

Zapomocą śródżylnych wstrzykiwań *„Skiodanu"* i następnie urografji badali autorzy 41 kobiet ciężarnych, w tem 20 pierwiastek i 21 wieloródek. Wszystkie badane wykazywały pewne rozszerzenie prawego moczowodu, część zaś również i lewego. Dotyczy to większej liczby pierwiastek, które w przeciwstawieniu do wieloródek wykazywały częstsze rozszerzenia moczowodów i więcej opóźniony powrót do normy. Największe zmiany znaleziono u 8 kobiet w pierwszym dniu po porodzie. Co do powrotu do stanu prawidłowego moczowodów, to następowało to między 9-ym a 12-ym dniem połogu. Pięć kobiet miało połóg powikłany ciepłotą. Moczowody ich równocześnie dłużej były rozszerzone niż u reszty badanych kobiet. Autorzy sądzą przeto, że stan ten może ułatwiać połogowe zakażenie miedniczek nerkowych.

Wiślański (Lwów).

Zapalenie jelita wrzodziejące jako powikłanie ciąży i połogu. CH. S. BARNES, H. M. HAYES (Philadelphia, Pa). Amer. Jour. of. Obst. a. Gyn. XXIV. 2. 1932.

Schorzenie naogół dość rzadkie, występować może nagle lub stopniowo. Spostrzegano je u kobiet między 20—40 r. ż. Owrzodzenie jelita grubego jest główną cechą cierpienia, rozpoczynającego się w prostnicy i esicy i postępującego ku wyższym częściom jelita. Ze względu na znaczną śmiertelność jest to cierpienie poważne, kończące się b. często przebiciem jelita i ogólnem zakażeniem.

Autorzy opisują trzy przypadki, które zakończyły się śmiercią. Pierwszy z nich, 42-letnia wieloródka po urodzeniu 10-go dziecka siłami przyrody poczęła odczuwać silny ból dołem brzucha, połączony z ciepłotą do 38° i tętnem do 100/min. Rozpoznano *„enteritis acuta"*. Chora zmarła po 5-u dniach, a obdukcja wykazała *„ileocolitis ulcerosa"*. Zarówno przed jak i po śmierci posiew krwi jałowy, odczyn Widala ujemny, ciałek czerwonych 2,870.000, ciałek białych 9.600. Hb % 45.

Drugi przypadek dotyczy 33-letniej kobiety, u której rozpoznanie kliniczne brzmiało: *„eclampsia, nephritis tubularis acuta"*. Nazajutrz po przyjęciu urodził się płód nieżywy. Następnie wystąpiły objawy jelitowe, które potęgowały się z każdym dniem i piątego dnia chora zmarła. Obdukcja wykazała: *„Colitis ulcerosa acuta, nephritis diffusa"*. Trzeci przypadek dotyczy 35-letniej wieloródki która w IV-ym m. c. zgłosiła się do szpitala z powodu bólu głowy, krzyżów, nudności i wymiotów. Badanie wykazało zwiększone ciśnienie krwi (230/120). Nastąpiły dwa napady drgawek. Badanie moczu: ślad białka, kilka c. białych, wałeczki szkliste i ziarniste. Wassermann ujemny. C. czerwonych 2,610.000. c. białych 18.250, Hb % 55. Z wywiadów okazało się, że z 6-u poprzednich ciąży, dwie były powikłane zatruciem ciążowem. Jedna z nich skończyła się poronieniem w V m. c., druga urodzeniem płodu nieżywego blisko już końca ciąży. Obecnie również po kilku dniach wystąpiło poronienie. Stan ogólny jednak pomimo leczenia nie poprawił się i chora zmarła po pięciu dniach. Obdukcja wykazała: *„enterocolitis ulcerosa, nephritis chronica"*.

Autorzy zachęcają do zwracania baczniejszej uwagi na objawy jelitowe w przebiegu ciąży i połogu. *Wiślański* (Lwów).

Trzy przypadki operacyj brzusznych w czasie ciąży. FR. C. HAMMOND (Philadephia, Pa). Amer. Journ. of. Obst. a. Gyn. XXIV. 2. 1932.

W pierwszym przypadku 26-letnia kobieta zgłosiła się do zakładu z powodu bólów w prawem podbrzuszu. Rodziła trzy razy, ostatni raz przed 19 miesiącami. Przed 2 laty przebyła operację ślepej kiszki. Badanie moczu wykazało krew. Cystoskopja ujemna, czynnościowo nerki bez zmian, w prawym moczowodzie komórki ropne i gronkowce. Badanie krwi nie wykazało zmian. Badanie ginekologiczne wykazało dno macicy na wysokości pępka, tętno płodu wyraźne. Ze względu na silny ból zdecydowano się na otwarcie jamy brzusznej. Znaleziono jedynie nieduży guzek na wewnętrznym biegunie prawego jajnika, który wycięto, pozostawiając resztę jajnika. Po operacji bóle ustały, rana zgoiła się przez rychłozrost, a kobieta urodziła na czasie siłami przyrody.

Drugi przypadek: Również 26-letnia kobieta przybyła do Zakładu z powodu silnego bólu w prawem podbrzuszu. Zamężna od roku, była w 3-m miesiącu ciąży. Wysoka gorączka, szybkie tętno, brak jednak objawów zapalenia ślepej kiszki. Badanie krwi i moczu nie rozprószyło wątpliwości co do przyczyny silnych bólów, które zwiększały się stopniowo uniemożliwiając chorej stanie lub siedzenie. Czwartego dnia wreszcie postanowiono operację. Znaleziono miękki guz podsurowiczy uszypułowany poniżej prawego rogu macicy. Wycięto go, a macicę zeszyto 3 szwami węzełkowemi z katgutu. W 12 godzin po operacji ustały bóle i po gładkim przebiegu pooperacyjnym kobieta urodziła na czasie, zapomocą niskich kleszczy.

Przypadek trzeci: Wieloródka 28 lat, po raz 6-ty ciężarna, w 5 m. c. Zgłosiła się z powodu silnego bólu w lewem podbrzuszu promieniującego ku stronie prawej. Ponieważ badania dodatkowe nie wyjaśniły przyczyny bólów, które mimo środków uśmierzających potęgowały się z każdą niemal godziną przystąpiono do otwarcia jamy brzusznej. Znaleziono skręt lewego więzadła szerokiego z nadmiernem rozszerzeniem naczyń żylnych więzadła w kierunku dystalnym od skrętu. Przywrócono prawidłowe stosunki i już nazajutrz chora przestała odczuwać bole. Przebieg pooperacyjny gładki, poród na czasie siłami przyrody. *Wiślański* (Lwów).

Ostra limfatyczna białaczka jako powikłanie ciążowe. B. MANN (Philadelphia, Pa). Amer. Jour. of. Obst. a. Gyn. XXIV. 2. 1932.

Przypadek dotyczy 32-letniej kobiety, u której na tydzień przed porodem wystąpiły objawy influency, z ciepłotą do 39°. Po urodzeniu płodu płci męskiej ważącego 5 funtów, utraciła chora przytomność i z trudnością tylko można było utrzymać ją w łóżku. Nastąpił silny krwotok, po którym wykonano hipodermoklizę. Badanie moczu wykazało ślady białka, wałeczki szkliste i ziarniste. We krwi: c. czerw.: 3,000.000, c. białych: 4.800, hemoglobiny 55%, wielojądrzastych ciałek 21%, limfocytów 79%. W dalszym ciągu wystąpiło zapalenie płuc. Badanie krwi w dwa dni później wykazało: hemoglobiny 40%, dużych limfocytów 50%. Przetoczono 500 cm³ krwi. Stan chorej nie poprawiał się, ciepłota i tętno były wysokie, język suchy. Widal ujemny, Wassermann ++. Następne badanie wykazało: hemoglobiny 35%, ciałek czerw.: 1.730.000, ciałek białych 17.800; ciałek wielojądrzastych 3%, małych limfocytów 6%, dużych limfocytów 91%. Wystąpiły krwawienia z płuc i do skóry, ciepłota około 40°, tętno 150/min. Piątego dnia po porodzie chora zmarła, obdukcja zaś potwierdziła rozpoznanie kliniczne. *Wiślański* (Lwów).

Znaczenie niezupełnego złączenia się przewodów Müllera dla ciąży i porodu. Rozbiór 35-u przypadków. F. R. SMITH (New York, N. Y.). Amer. Jour. of. Obst. a. Gyn. XXIV. 2. 1932.

Opierając się na materjale 35-u przypadków dochodzi autor do następujących wniosków: Przypadki macicy podwójnej zdarzały się raz na 1500 porodów. Nie widziano jednak ani jednego pęknięcia takiej macicy. Naogół anomalja ta występowała częściej u kobiet urodzonych poza Ameryką. Kobiety z podwójną macicą trudniej zachodzą w ciążę, sama ciąża zaś wykazuje z tego powodu powikłania pod postacią większej skłonności do poronień i porodów przedwczesnych. Także położenie płodu częściej jest miednicowe lub poprzeczne. Z obu macicy płód częściej znajduje się w prawej, o ile ciąża jest mnoga, mogą być zajęte obie macice. Również łożysko częściej usadowione jest po prawej stronie. Z powikłań w czasie porodu podkreślić należy częstsze ręczne wyjmowanie łożyska, natomiast ogólne mniemanie, jakoby w przypadkach podwójnej macicy częściej występowały krwotoki po porodzie, uważa autor jako nieodpowiadające prawdzie.

Trwanie porodu jest nieco dłuższe, ale tylko u pierwiastek, u wieloródek natomiast odpowiada czasowi prawidłowego porodu. Zaznaczyć jednak należy, że częstość porodów odbywających się z małą ilością wód płodowych może przedłużać ich trwanie. Częstość położeń poprzecznych i miednicowych, a także występujące zwykle ścieśnienie miednicy są przyczyną częstszych zabiegów operacyjnych przez pochwę i brzusznego cięcia cesarskiego. Jest to równocześnie przyczyną zwiększonej śmiertelności matek i dzieci, które również wykazują większą skłonność do anomalij rozwojowych.

Co się tyczy trudności rozpoznawczych to najczęstszą omyłką jest rozpoznanie tej nieprawidłowości jako ciąży zewnątrzmacicznej. *Wiślański* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół z posiedzenia administracyjno-sprawozdawczego z dnia 11 stycznia 1933 r.

Na wstępie prezes prof. Walter wygłosił wspomnienie pośmiertne Kol. Landau-Szancerowej, a zebrani uczcili jej pamięć przez powstanie.

Następnie wygłosili sprawozdania roczne Kol. prezes prof. Walter, sekretarz stały prof. Gieszczykiewicz, skarbnik kol. Ackerman, gospodarz kol. Karasiński, i bibljotekarz kol. Spira.

Gospodarz kol. Karasiński wyjaśnił sprawę fundacji ś. p. Dra Mączki i sprawę Morszyna. Kol. Karasiński stawia wniosek: Towarzystwo Lekarskie Krakowskie uchwaliło, po wysłuchaniu sprawozdania delegata na Walne Zebranie Tow. Lekarzy Polskich b. Galicji wyrazić Radzie Zawiadowczej tegoż Towarzystwa gorące uznanie za całą działalność, a w szczególności za zdecydowaną i powodzeniem zakończoną akcję w sprawie przejęcia na własny zarząd zdrojowiska Morszyn i za podjęcie w tem zdrojowisku reorganizacji, która przyczyni się do jego rozwoju i zwiększenia dochodowości na cele wdów i sierót po lekarzach, członkach Towarzystwa. Wniosek ten przyjęto.

Po sprawozdaniu Komisji rewizyjnej uchwalono na wniosek prof. Dra Wachholza umieścić portret ś. p. Dra Mączki w sali Towarzystwa.

W dyskusji nad sprawozdaniem rocznem zabierali głos: kol. Reiner, który postawił wniosek, aby członków niepłacących a zamożnych pociągnąć pod sąd honorowy Towarzystwa. Gdyby wyrok zapadł potępiający, powinien Zarząd zaskarżyć członka przed Sąd państwowy celem uzyskania tą drogą zwrotu choćby wyłożonych na członka kwot na cele Polskiej Gazety Lekarskiej i składki do Tow. Polskich Lekarzy b. Galicji.

Drugi wniosek, aby Towarzystwo choć raz na tydzień urządzało popularne wykłady z zakresu medycyny, aby w ten sposób uzyskać nowe źródła dochodów. Oba wnioski przekazano Zarządowi Towarzystwa do dalszego opracowania i załatwienia.

Kol. Rzegociński stawia wniosek, by Zarząd urządził odpowiedni lokal, umieszczenie na klub towarzyski i rozrywkowy dla członków Towarzystwa i to w jaknajkrótszym czasie ze względu na to, iż taki klub przyczyni się do dalszego rozwoju i żywotności Towarzystwa Lekarskiego. Wniosek przekazano w formie dezyderatu do załatwienia nowemu Zarządowi.

W dyskusji brali udział następnie kol. kol. Landau, Biernacki, Mester, Szczeklik, Reiner.

Na wniosek prof. Wachholza zamknięto dyskusję i udzielono absolutorjum ustępującemu Zarządowi Towarzystwa.

Prof. Wachholz jako prezes Komisji-matki przedstawił proponowany skład nowego Zarządu, który przez aklamację przyjęto.

Wybrano: prezes — Doc. Dr. Józef Szymanowicz, wiceprezes — kol. Maks Blassberg, sekretarz doroczny — kol. Stefan Schwarz, sekretarz stały — prof. Gieszczykiewicz, skarbnik — kol. Ackerman, bibljotekarz — kol. Spira, gospodarz — kol. Karasiński. Dwaj redaktorzy: prof. Ciechanowski i prof. Kostrzewski. Komisja kontrolująca: kol. Piotrowski i kol. Woyciechowski. Dwaj delegaci do Rady zawiadowczej Tow. Lek. Pol. b. Galicji: prof. Lenartowicz, prof. Szumowski.

Delegaci na walne zgromadzenie Tow. Lek. Pol. b. Galicji: Doc. Artwiński, Dr. Blassberg, Prof. Ciechanowski, Dr. Frommer, Dr. Glasner, Prof. Glatzel, Prof. Latkowski, Prof. Olbrycht, Dr. Owsiński, Dr. Surzycki.

Delegat do Komisji rewizyjnej Tow. Lek. Pol. b. Galicji: Dr. Owsiński.

Nowo obrany prezes Doc. Dr. J. Szymanowicz wygłosił przemówienie inauguracyjne.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 18-go stycznia 1933 r.

Przewodniczy Doc. Szymanowicz.

Prezes zwraca się z prośbą do Kolegów, aby czas trwania demonstracyj ograniczono do 5 minut.

Kol. Miodoński demonstruje przypadek: *syringomyelia et syringobulbia lateralis sinistra*. Chora Ś. E. l. 32, zgłasza się ze skargami na zawroty głowy trwające od 8 dni oraz na ciężar w lewej połowie głowy i wyciek z lewego ucha trwający od szeregu lat. Przedmiotowo: w przewodzie zewnętrznym lewym wydzielina ropna, w głębi przewód wypełniony ziarniną. Okolica wyrostka lewego oglądaniem i obmacywaniem bez zmian. Ucho prawe bez wziernikowych zmian. Oczopląs obrotowy III st. w lewo. Romberg uczulony wtył, lewo. Wskazywanie spontaniczne — ręka prawa trafnie, lewa nazewnątrz. Staw nadgarstkowy lewy zniekształcony, na palcach blizny po oparzeniach i urazach (ręka Morvana). Nos: *rhinitis hypertrophica*. Laryngologicznie: lekka pareza podniebienia miękkiego po stronie lewej, odruchy gardłowe niemal zniesione, wybitna pareza lewej połowy krtani, jakoteż arefleksja lewej połowy krtani. Czasami daje się spostrzec, że lewa źrenica jest szersza od prawej. Reakcja źrenic na światło sprawna. Neurologicznie: upośledzenie uczucia dotyku, bólu i ciepła na lewej połowie szyi, kończynie górnej lewej, oraz tułowiu, sięgające do wysokości pępka, zarówno od przodu jak od tyłu. Zaniki mięśniowe w zakresie lewego barku *(scapula alata)*, oraz nieznaczne w zakresie pośladka lewego. Odruchy ścięgniste z kończyny dolnej lewej większe niż prawej. Po lewej *glonus patellaris*. Odczyny przedsionkowe niezmiernie żywe, zarówno drżenia jak i wskazywania odczynowego. Słuch po lewej: 75 cm szeptu, po prawej 5—6 m. Weber w lewo, Schwabach przedłużony.

Powyższe objawy pozwalają rozpoznać: *syryngomyelia et syryngobulbia lateralis sinistra*. Przypadek jest i przez to ciekawy, że na pierwszy rzut oka można było myśleć o usznem powikłaniu śródczaszkowem w tylnej jamie po stronie lewej. Przypadek będzie dokładnie opisany.

W dyskusji kol. Błasberg: jak się w opisanym przypadku tłumaczy nierówność źrenic, względnie rozszerzenie lewej źrenicy.

Kol. Miodoński: w przypadkach podobnych bywa często opisywany zespół Hornera, jako objaw porażenny sympatyczny. W naszym przypadku przelotne rozszerzenie źrenicy lewej może być wywołane zadrażnieniem w zakresie dróg cilio-spinalnych, również należy pamiętać o ropnem schorzeniu lewego ucha środkowego, skąd również może powstać anizokorja (zwłaszcza z okolicy *fenestra rotunda*).

W dyskusji zabierał głos kol. Spira, a następnie doc. Zieliński zaznaczył, że powikłania syryngobulbji objawami psychicznemi łącznie ze zespołem hipertensji śródczaszkowej (tarcza zastoinowa, bóle głowy, wymioty) mogą być wyjaśnione przez badania encefalograficzne i dokładne badania czucia, które dopiero pozwalają wykluczyć możliwe w tych przypadkach rozpoznanie guza mózgu.

Kol. Miodoński demonstruje własnego pomysłu rurkę do wytwarzania kropel przy wlewaniach kroplowych dożylnych ułatwiającą znacznie manipulacje przy tym zabiegu. (P. G. L. nr. 9, 1933).

W dyskusji zabiera głos kol. Grünhut.

Doc. Szymanowicz proponuje dalsze ulepszenie aparatu do wlewań kroplowych przez ogrzewanie zbiornika z płynem przeznaczonym do wlewania.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Sprawozdanie z VI. Posiedzenia naukowego z dnia 3 marca 1933 r.

Przewodniczy: Kol. Lenartowicz.

1. Kol. Demianowska czł. T-wa przedstawiła: *Niezwykły przypadek nowotworu mózgu.*

Chory 33-letni, cierpiący od listopada 1932 r. na bóle głowy z wymiotami i napady kurczów tonicznych prawostronne z przejściową hemiparezą i zaburzeniami psychicznemi.

Objektywnie stwierdzono hemianestezję na wszystkie rodzaje czucia z najsilniejszem zajęciem czucia głębokiego po stronie prawej, prawostronną hemiparezę o typie pozapiramidowym, niedowład lewego nerwu twarzowego i toniczne napinanie mięśni wyprostnych kończyny dolnej lewej przy bodźcach czuciowych zastosowanych w jakimkolwiek miejscu ciała *(Stützreflex)*.

Okresowo występowały pogorszenia, chory wtedy nie chodził, miał silną ataksję cerebelarną względnie czołową, zaburzenia psychiczne i specjalne napady zamroczenia z halucynacjami, kurczami tonicznemi i drżeniami. Wybitna tarcza zastoinowa.

Bóle głowy z wymiotami i tarcza zastoinowa wskazują na jakąś sprawę powodującą wzmożenie ucisku wśródczaszkowego. Objawy przemawiają za lokalizacją zajmującą wzgórek wzrokowy lewy. W pierwszym rzędzie myślano o nowotworze tej okolicy. Niezwykły przebieg choroby a zwłaszcza zmienność nasilenia objawów nasuwają silną wątpliwość, czy mamy do czynienia z guzem czy też pseudo-tumorem o nieznanem podłożu.

Na uwagę zasługuje możność wywołania tonicznego napięcia mięśni wyprostnych lewej nogi bodźcami czuciowemi z jakiejkolwiek okolicy ciała i niezwykły typ napadów.

(Przeznaczone do druku). Streszczenie własne.

W dyskusji: Kol. Domaszewicz czł. T-wa zaznacza, że w rozpoznaniu pomocną być mogłaby odma czaszkowa.

2. Kol. Jaburek czł. T-wa przedstawił: *przyp. neuralgji nerwu trójdzielnego w przebiegu nowotworu jamy nosowo-gardłowej.*

Chory lat 67, cierpiący od półtora roku na powiększenie gruczołów szyjnych, pachowych i pozaotrzewnowych. Od kilku miesięcy uporczywe bóle w prawej połowie twarzy. U chorego rozpoznawano dotychczas ziarnicę złośliwą i poddano go naświetlaniom promieniami Roentgena. Kliniczne badania wykazały obecność guza na stropie jamy nosowogardłowej podchodzącego aż ku otworowi owalnemu na podstawie czaszki i do gałązek nerwu trójdzielnego. Badanie histologiczne wycinka stwierdziło utkanie nowotworowe o daleko posuniętych zmianach wstecznych wywołanych promieniami Roentgena. Rozpoznanie histologiczne mogło się wahać między *sarcoma globocellulare* a *lympho-epithelioma* Regaud-Schmincke. Z bardzo charakterystycznego przebiegu klinicznego tego przypadku należało rozpoznać *nowotwór limfo-epiteljalny*, powodujący objawową neuralgję i dający przerzuty do gruczołów chłonnych. Kol. Jaburek omawia jeszcze samodzielność tej jednostki chorobowej (wyodrębnionej w roku 1921) pod względem anatomicznym, biologicznym i klinicznym i kończy uwagami na temat rozpoznania różniczkowego.

3. Kol. Kielanowski Tadeusz, czł. Twa omówił:

1) *Trzy przypadki sekcyjne śmiertelnego zakrzepowego zatoru tętnicy płucnej.* Przypadki takie spotyka się w prosekturze lwowskiego Zakładu Anatomji Patologicznej, przeciętnie 3 do 4 razy rocznie (0,3—0,4% ogółu sekcyj). Wyjątkiem był pod tym względem rok 1928, w którym stwierdzono 11 śmiertelnych zatorów płucnych (1%), co zgadza się z obserwowanem w tym czasie w całej Europie, i mimo wielkiej literatury niewyjaśnionem ich wzmożeniem w tym okresie. Od października roku zeszłego do dnia dzisiejszego stwierdzono 6 przypadków, a trzy pokazywane obecnie pochodzą z ostatnich dni dziewięciu, co razem świadczyłoby o ponownem wzmożeniu się tej najgroźniejszej komplikacji pooperacyjnej.

a) U kobiety lat 49, wykonano w znieczuleniu lędźwiowem perkainą niezupełnie skutecznem i uśpieniu eterowem, amputację macicy i przydatków z powodu włókniaków. W przebiegu pooperacyjnym temperatura z niejasnej przyczyny 39°, potem 38°; stosowano raz dożylnie urotropinę. Szóstego dnia śmierć nagła w przeciągu kilku minut. Sekcyjnie: zwłoki kobiety miernie odżywionej; rana operacyjna na powłokach brzusznych zagojona *per primam;* w polu operacyjnem i w narzadach ważniejszych zmian nie stwierdza się; w pniu tętnicy płucnej tkwi zakrzep czerwony, fajkowato zgięty i przedłużający się w rozgałęzienie lewe, długości około 20 cm, grubości małego palca; drugi, prawie tak długi lecz nieco cieńszy zakrzep leży obok i przedłuża się do rozgałęzień prawych; w żyłach drobnych uda prawego znajdują się luźno leżące małe zakrzepy, przemawiające za tem, że zakrzep, który dał zator tętnicy płucnej, powstał w żyle udowej a może i odpiszczelowej; ściana jednak tych żył zmian makro- ani mikroskopowych nie wykazuje.

b) U kobiety l. 41, wykonano z powodu pękniętej ciąży pozamacicznej, całkowite wycięcie macicy i przydatków w znieczuleniu lędźwiowem perkainą. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, tętno jednak szybkie i słabo napięte; stosowano podskórnie środki nasercowe. Piątego dnia śmierć nagła wśród objawów duszności. Sekcyjnie: zwłoki kobiety otyłej; rana i pole operacyjne oraz narządy wewnętrzne bez zmian widocznych. W pniu tętnicy płucnej tkwi zakrzep czerwony grubości średniego palca, zgięty w kształcie litery U, której ramiona wchodzą na niewielkiej przestrzeni do obu głównych rozgałęzień; w rozgałęzieniu prawem tkwią pozatem mniejsze pokłębione kawałki zakrzepów. W żyle udowej lewej znaleziono luźno leżące drobne kawałki zakrzepów, ściana jednak żyły zmian nie wykazuje.

Obydwa te przypadki dotyczą kobiet operowanych ginekologicznie, w obu przypadkach śmierć nagła wystąpiła z końcem pierwszego tygodnia, a klinicznie nie było objawów zakrzepowego zapalenia żył. Wszystkie te cechy, obok otyłości spotykanej w ponad połowie przypadków, są bardzo charakterystyczne dla przypadków

zatorów tętnicy płucnej, spotykanych w materjale lwowsk. Zakł. An. Patologicznej. Brak zmian makro- i mikroskopowych w ścianie żyły, w której zakrzep powstał, przemawia za bardzo wczesnem powstaniem zatoru, może już parę godzin po wytworzeniu się zakrzepu; fakt ten tłumaczyłby częściowo brak klinicznych objawów istnienia zakrzepu.

c) U mężczyzny l. 62, wycięto w celach rozpoznawczych, powierzchowny gruczoł limfatyczny w pachwinie prawej. 10 dni po zabiegu śmierć nagła. Sekcyjnie: zwłoki mężczyzny licho odżywionego; ranka skórna w pachwinie zagojona *per primam;* nerka podkowiasta-torbielkowata; w okolicy pachwinowej prawej nacieki tkanki białawej, martwiczo bliznowatej (mikr.: atypowa ziarnica złośliwa); prawe rozgałęzienie tętnicy płucnej szczelnie zatkane zakrzepami czerwonemi, długości kilku cm, grubości średniego ołówka. W żyle udowej prawej tkwi na przestrzeni 30 i kilku cm zakrzep czerwony, silnie do ściany przylegający; żyła odpiszczelowa prawa jest próżna, ściana jej jednak wykazuje strzępy zakrzepu, który tu powstał i stąd powędrował do tętnicy płucnej.

Mówca omawia krótko teorje etjologji i patogenezy zakrzepów i zatorów, uwzględniając szczególnie teorję biologiczną Dietricha i teorję fizyko-elektryczną Starlingera i Sametnika, oraz pokazuje liczne fotografje i rysunki.

2) *Preparat nerki podkowiastej torbielowatej,* pochodzący z omówionej sekcji osobnika 62-letniego. Nerki są wielkości głowy dorosłego człowieka i zrośnięte są dolnemi biegunami na przestrzeni 3 palców. Są one w całości zmienione torbielowato, a torbiele, wypełnione płynem wodojasnym, są wielkości od grochu do wielkości dużego jabłka. Moczowód lewy jest na przestrzeni kilkunastu cm podwójny. Torbielowatość nerek jest sprawą wrodzoną, mającą polegać na niewytworzeniu się połączenia między zawiązkami kłębków i kanalików nerkowych a zawiązkami wypustek moczowodowych. (Aschoff). Należy podnieść rzadkie równoczesne istnienie nerki podkowiastej prawdziwej i torbielkowatej.

W dyskusji: Kol. O b e r l a e n d e r, czł. Twa omawia przypadek nerki torbielkowatej przez siebie spostrzegany.

Kol. M ą c z e w s k i, czł. Twa: Statystyka wykazuje, że między r. 1925—1928 odsetek zatorów płuc wynosił do 1,5%; w r. 1928 podwyższył się odsetek do 3%, następnie spadł a ostatnio znów wybitnie wzrósł. Zatory są *„crux medicorum"* i to objawem znacznie groźniejszym niż zapalenie otrzewnej. Spostrzega się pewną zależność — mniej przypadków *tromboplılebitis* — więcej zatorów płuc. Chodzi zdaje się o wpływ zmian chemiko-fizycznych. Należy rzucić pytanie, czy nie chodzi tu o wpływ znieczulań. Czasami małe, niepoważne zabiegi dają zatory.

Kol. F a l k i e w i c z A. czł. Twa: daje wyjaśnienia co do stanu klinicznego chorego z ziarnicą złośliwą.

Kol. P i s e k, czł. Twa: Dziś nie ulega wątpliwości, że w ostatnich latach zakrzepy i zatory tętnicy płucnej częściej się zdarzają, pomijając przypadki po zabiegach chirurgicznych względnie ginekologicznych, w przypadkach niepooperacyjnych. Podejrzewano zastrzyki żylne, tak często w ostatnich latach dokonywane. Okazało się, że ten pogląd nie ma uzasadnienia, ponieważ zakrzepy i zatory tętnicy płucnej bardzo często występują po przebytej grypie i wielu innych chorobach. Przypuszczano jakieś szczególniejsze zmiany we krwi sprzyjające tworzeniu się skrzepów jak zwolnienie krążenia, mimo że w wielu przypadkach z wybitnem zwolnieniem prądu krwi, zatory i zakrzepy tętnicy płucnej się nie zdarzają. Przypuszczano więc jakąś szczególniejszą skłonność, *(Thrombosenbereitschaft)* sprawy zakaźne i t. d. Słowem żadna teorja przez prelegenta wspomniana nie wyjaśnia przyczyny. Przyznajemy się do ignorancji. Wszak i mechaniczne przeszkody w krążeniu żylnem, ucisk na żyłę pustą dolną, chyba niesłychanie wyjątkowo, wytwarza zakrzep z następowym zatorem tętnicy płucnej. Przypominam przypadek, który przed kilku laty opisałem, z olbrzymim guzem, 3,5kg ważącym, a który nie wytworzył w żyle dolnej pustej zakrzepu. Dość częste przypadki nagłej śmierci u ozdrowieńców po przebytych schorzeniach okazują się jako przypadki zatoru tętnicy płucnej a przypadkowo wykrywa się jako przyczynę zakrzepy żył krwawnicowych. Szczególnie niejasne są przypadki niechirurgiczne.

Kol. K i e l a n o w s k i Tad. zwraca uwagę na fakt, że znacznego wzmożenia zatorów płucnych w roku 1928 nie spostrzegano zupełnie w Ameryce, co niektórzy pragną tłumaczyć europejskiemi epidemjami grypy, które Amerykę oszczędziły.

4. Kol. T r a w i ń s k i, gość, wygłosił: *Biologja, patologja i sposoby rozpoznawania włośnicy.* Włośnie obserwował po raz pierwszy Hilton, angielski lekarz, w r. 1832, jednak dopiero J. Paget w r. 1835 stwierdził ich istotę, poczem w tym samym roku opisał je dokładnie R. Oven. Związek przyczynowy pomiędzy włośniem mięśniowym a jelitowym wykazali w r. 1859 Virchow i Leukart. W r. 1860 Zenkner stwierdził szkodliwość włośni dla zdrowia ludzkiego. Do Europy dostały się włośnie w pierwszej połowie w. XIX z Azji za pośrednictwem szczurów oraz świń, importowanych z Chin. Liczne epidemje włośnicy wydarzyły się w Europie w czasie od r. 1840 do r. 1860. Włośnie występują przedewszystkiem u świń i przenoszą się przez spożycie mięsa na człowieka, nadto u psów, kotów i dziczyzny. Istotę zakażenia organizmu ludzkiego i zwierzęcego włośniami tłumaczą trzy teorje, mianowicie hemodynamiczna Staublego, chemiczna Flury'ego oraz biologiczna Doerra, z których pierwsza posiada najwięcej zwolenników. Włośnie wywołują w organizmie zakażonym żywiciela zmiany chorobowe ogólne (eozynofilja, zanik glikogenu, wodnistość krwi, pojawienie się kwasu mlekowego w moczu) oraz miejscowe (naciek komórkowy w tkance łącznej śródmięśniowej, zwyrodnienie ziarniste z następowym rozpadem włókien mięsnych, obrzęki zwłaszcza u kobiet na twarzy jako następstwo jadowitego działania pasorzytów na ścianę naczyń krwionośnych). Metody rozpoznawcze włośnicy ograniczają się do badania krwi w kierunku eozynofilji, która u człowieka dochodzi do 62%, wykazania obecności pasorzytów we krwi oraz wycinkach mięśni, stwierdzenia ciał ochronnych w surowicy krwi metodą wykłaczania oraz odczynu biologicznego śródskórnego swoistym antygenem włośniowym. Zapobieganie włośnicy powinno opierać się na 1) przymusowem powszechnem badaniu mięsa nierogacizny na obecność włośni (trichinoskopja), 2) spożywaniu mięsa i przetworów mięsnych nierogacizny w stanie gotowanym, 3) tępieniu szczurów, które odgrywają dużą rolę w szerzeniu się włośnicy wśród nierogacizny.

W dyskusji: Kol. K i e l a n o w s k i Bolesław, czł. Twa: Już przed wejściem w życie ustawy o badaniu zwierząt rzeźnych i mięsa z r. 1929, a to w dniu 1-go lipca 1928 wprowadził Magistrat w Rzeźni lwowskiej badanie mięsa wieprzowego na obecność włośni. Badań tych dokonywuje 10 trychinoskopistek, wykształconych na specjalnych dwutygodniowych kursach; za pracę 7-godzinną, podczas której każda z nich dokonywa w myśl przepisów najwyżej 43 badań, otrzymują tytułem wynagrodzenia 185 zł miesięcznie i premję 25 złotych od każdej sztuki dotkniętej włośnicą. Rzeźnia posiada 8 trychinoskopów i 1 aparat projekcyjny, używanych w dniach większego uboju świń. Przeciętny ubój roczny wynosi około 60.000 sztuk, a w tej liczbie stwierdzono dotkniętych włośnicą w r. 1927 — 13 sztuk, w r. 1928 — 13 sztuk, w r. 1929 — 20 sztuk, w r. 1930 — 16 sztuk, w r. 1931 — 14 sztuk, w r. 1932 — 20 sztuk.

Badania na włośnie obowiązują od roku 1929 w rzeźniach całej Polski; zabronione są więc uboje prywatne, gdyż mięso z takich ubojów jako niebadane przedstawia dla spożywców niebezpieczeństwo zakażenia się, nietylko włośniami, ale i innemi chorobami przenośnemi. Ubój taki t. zw. pokątny jest tępiony, a Magistrat utrzymuje celem tępienia 3-ch specjalnych kontrolerów, którzy każdej nocy i wczesnym rankiem kontrolują podejrzanych rzeźników, szczególniej na obwodzie miasta i w gminach przyłączonych do Lwowa. Sztuki przychwycone konfiskuje się, mięso bada się w Rzeźni, a o ile nadaje się do spożycia, sprzedaje się je przetargiem, przyczem dotyczący kontroler otrzymuje z uzyskanej sumy tytułem premji po 20 gr za kilogram.

Sekretarz doroczny: *T. Chorążak.*

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

P r o t o k ó ł z p o s i e d z e n i a w dniu 28 września 1932 r.

1. Kol. T. Z a ł ę s k i wygłosił odczyt p. t.: „O szczepieniach przeciwbłoniczych (anatoksyma Ramona)".

W końcu 1929 r. utworzył się w Łodzi Komitet Walki z błonicą, pracujący w porozumieniu z takimże Komitetem w Warszawie.

Akcję finansują: Państwo, Magistrat m. Łodzi i Łódzka Kasa Chorych.

Dla przeciwdziałania szerzeniu się błonicy w Łodzi postanowiono położyć główny nacisk na szczepienia ochronne anatoksyną błoniczą Ramona, wyrabianą w P. Z. H. w Warszawie.

Szczepienie rozpoczęto w styczniu 1930 r. i prowadzono je stale do końca czerwca 1932 r. z przerwami podczas feryj świątecznych i wakacyjnych.

Zaszczepiono wszystkie dzieci w 20 zamkniętych zakładach wychowawczych, część dzieci w 32 przedszkolach i 162 szkołach powszechnych. U części dzieci dokonano przed szczepieniem i po szczepieniu odczyn Schicka. Resztę dzieci szczepiono bez uprzedniego dokonywania odczynu Schicka. Dzieci, u których dokonano odczynu Schicka było 10.436. Z nich Schick dodatnich 4.868 (47%) i 5.570 (53%) w wieku od 1 do 10 lat. Odczyn Schicka u niemowląt: do 3 miesięcy 0%, 3—6 miesięcy 4,3%, 6—9 miesięcy 20%, 9—12 mies. 80%, 12—15 mies. 60% i 15—20 mies. 70%. Odczyny Schicka dodatnie według wieku u chłopców: 1—2 lata 71%, 3—4 lat 66%, 5—6 lat 64%, 7—8 lat 36%, 9—10 lat 33%.

U dziewczynek 1—2 lata — 87%, 3—4 lata — 75%, 5—6 lat — 72%, 7—8 lat — 45%, 9—10 lat — 1,46%. Liczby te wskazują, że w Łodzi, jak zresztą i gdzieindziej, z wiekiem liczba dzieci Schick-dodatnich stopniowo się zmniejsza. Chłopcy uodporniają się prędzej niż dziewczynki.

Wyniki szczepień anatoksyną w zależności od ilości szczepień: po jednokrotnem szczepieniu uodporniło się 59% chłopców i 47% dziewczynek. Po dwukrotnem szczepieniu uodporniło się 75% chłopców i 72% dziewczynek. Po trzykrotnem szczepieniu odporniło się 96% chłopców. Co się tyczy dziewczynek, to ilość sprawdzonych dziewcząt była za mała, żeby można było zrobić wnioski.

Wyniki szczepień dwukrotnych według wieku: dzieci w wieku 1—2 lat uodparnia się w 50% chłopców. Co się tyczy dziewczynek, to liczba ich w tym wieku była bardzo mała; 3—4 lata — chłopcy uodporniają się w 66%; dziewczynki w 62%; 5—6 lat chłopcy 72%, dziewczynki — 66%, 7—8 lat chłopcy — 76%, dziewczynki — 74%; 8—10 lat 78% chłopcy i 75% dziewczynki.

Wnioski: po dwukrotnem szczepieniu starsze dzieci uodporniają się w większym odsetku niż młodsze — chłopcy prędzej niż dziewczynki.

Wszystkich dzieci objętych akcją szczepień było:

Dzieci Schick - ujemnych, których nie szczepiono	5.146
Zaszczepionych jednokrotnie	3.342
Zaszczepionych dwukrotnie	15.062
Zaszczepionych trzykrotnie	675
Dzieci zaszczepionych razem z ospą	1.018
Razem	26.443.

Oprócz tego Komitet zaszczepił w Rudzie Pabjanickiej 726 dzieci i w Zgierzu 931 dzieci przeważnie w wieku szkolnym. Ogółem Komitet zaszczepił 28.100 dzieci w wieku od 1 do 10 lat włącznie. Wyniki szczepień naogół uważać należy za dodatnie.

Szczepienia są nieszkodliwe dla zdrowia dzieci. Jeżeli dają odczyny, to przeważnie u dzieci starszych i najczęściej w postaci odczynów miejscowych (zaczerwienienie, obrzęk, ból), rzadziej w postaci ogólnych (stan gorączkowy, osłabienie).

W marcu 1932 r. sprawdzono zachorowalność i umieralność wśród dzieci szczepionych i nieszczepionych w 1930 i 1931 roku. Ogółem dzieci w tych dwóch latach było w Łodzi około 103.000 (w wieku do 10 lat). Z nich zachorowało na błonicę 2.687 dzieci i zmarło 201. Czyli na 1.000 dzieci zachorowało na błonicę około 26 dzieci i zmarło 2. Z 12.530 zaś dzieci szczepionych zachorowało 44 i zmarło dwoje, czyli na 1.000 szczepionych dzieci zachorowało 3,6 i zmarło 0,16. Okazało się natomiast, że akcja szczepień dokonywana przez kolumny szczepienne może dotrzeć tylko do dzieci starszych w wieku szkolnym. Natomiast dzieci najbardziej zagrożone błonicą, akcją szczepienną nie są objęte.

Należy zmodyfikować organizację szczepień i wciągnąć do tej akcji pedjatrów i Kasę Chorych.

Kol. H. Makower wygłosił odczyt p. t.: „Szczepienia ochronne przeciwbłonicze w Ameryce Północnej".

Na wstępie prelegent omówił rozwój historyczny bakterjologji i immunologji błonicy, zwłaszcza wykrycie szczepień ochronnych zapomocą mieszanin toksyny i antytoksyny przez Theobalda Smitha (1905) i Emila v. Behringa (1913), próbę Schicka (1913) oraz badania nad toksyną formalinizowaną (anatoksyna Ramona) (1923) i jej znaczeniem, jako szczepionki ochronnej.

Ponieważ stosowanie surowicy przeciwbłoniczej, które obniżyło bardzo wybitnie śmiertelność na błonicę, wspólnie ze środkami zapobiegawczemi zwykłemi (izolacja chorych, walka z nosicielstwem, dezynfekcje i t. p.) nie były w możności całkowicie błonicę zwalczyć, zaczęto w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej stosować na szeroką skalę szczepienie ochronne, co jest w pierwszej mierze zasługą Parka. Początkowo szczepiono prawie wyłącznie dzieci w wieku szkolnym, ostatnio coraz większą uwagę zwraca się na dzieci małe, do lat 5, gdyż w tej kategorji wieku jest największa ilość śmierci na błonicę (do 85%). Do szczepień stosowano w U. S. A. toksynę - antytoksynę, w Kanadzie prawie od początku anatoksynę. Ostatnio również w Stanach Zjednoczonych zaczyna się przechodzić na anatoksynę, której zwolennikiem stał się nawet sam Park. Jako największą zaletę anatoksyny uważają autorzy amerykańscy bardzo wysoki procent uodpornionych po 3 szczepieniach (dziewięćdziesiąt kilka do stu %) i szybkie wytwarzanie się uodpornienia. Szczepienia przeciwbłonicze nie są szkodliwe ani niebezpieczne. Reakcje po wstrzyknięciach są najwyżej przykre; pewną ostrożność zachować należy w odniesieniu do dzieci alergicznych. Według Parka odporność czynna trwa przez długi szereg lat. Schick zaś jest głęboko przekonany, że pozostaje ona przez całe życie, pozorne wyjątki tłumaczy błędami techniki.

Umieralność na błonicę w Ameryce Północnej w ciągu ostatniego szeregu lat spadła bardzo znacznie, co zapewne w znacznej mierze przypisać należy szczepieniom ochronnym; pamiętać jednakże należy o tem, że interpretacje statystyczne są bardzo utrudnione.

Przeprowadzenie szczepień ochronnych przeciwbłoniczych w Polsce na większą skalę byłoby — na podstawie doświadczeń amerykańskich — niezmiernie wskazane.

W dyskusji — (po odczycie Dra Załęskiego). Dr. Gutentag zaznacza, że w akcji zapobiegawczej w walce z chorobami zakaźnemi lekarze szkolni nie ograniczają się do stosowania tylko metod starych, jak np. izolacja chorych, odkażanie i t. d., lecz posiłkują się i sposobami nowemi, a więc uodpornianiem czynnem. Ten ostatni sposób znalazł zastosowanie — i to na wielką skalę — u nas po raz pierwszy w roku 1926/27, gdy akcją szczepienną przeciwpłoniczą objął 9.175 dzieci szkolnych.

Szczepienia ochronne przeciwbłonicze rozpoczęto robić w r. 1930/31; zostały one przeprowadzone częściowo przez lekarzy szkolnych, częściowo przez lekarzy z Kolumny, w roku zaś ubiegłym wyłącznie przez Kolumny. Lekarze szkolni akcją swą objęli 4.312 dzieci siedmioletnich i u wszystkich zrobiono Schicka próbnego i wypadł on dodatnio tylko w 36,5%, wobec czego tylko te dzieci, t. j. jedna trzecia część w liczbie 1.580 otrzymała pierwszą dawkę anatoksyny Ramona, drugą otrzymało 1.111 dzieci.

Wobec tego, że tylko 1/3 część dzieci w tym wieku jest wrażliwa na błonicę — Dr. Gutentag jest zdania, że szczepienia ochronne u tych dzieci powinny być poprzedzone Schickiem.

W kwietniu *1932* r. t. j. po upływie prawie 1½ roku od rozpoczęcia akcji szczepiennej lekarze szkolni zebrali dane, które z dzieci uodpornionych chorowało w międzyczasie na błonicę; przypadków takich odnotowano 21, z czego 19 o przebiegu lekkim, dwa o przebiegu ciężkim, z tych jeden nawet z zejściem śmiertelnem. Ogromnie daje się we znaki brak Schicka powtórnego, kontrolnego; zgoła inne wnioski wyciągnąć należy, gdy Schick kontrolny był ujemny, a inne gdy wypadł dodatnio. (Autoreferat).

Kol. Mogilnicki — nie zgadza się z wypowiedzianem przez kol. Załęskiego zdaniem, że surowica ma obecnie być mniej skuteczna niż dawniej. Surowica jest środkiem potężnym, wcześnie zastosowana daje prawie zawsze wyzdrowienie — fatalne wyniki daje tam, gdzie stosowana jest zbyt późno. Pogląd taki mógłby zdyskredytować wartość surowicy.

Kol. Ładyński: Anglosasi są bardziej wrażliwi na błonicę; w szkołach polskich było 40% dodatnich Schicków, a w anglosaskich 80%. Szczepienie, które robi się jednocześnie z ospą, należałoby robić wczesną wiosną np. w połowie kwietnia: po raz drugi po 3 tygodniach, a następnie po 2 tygodniach.

Kol. Mikłaszewski uważa, że odczytywanie Schicka jest subjektywne — lepiej byłoby szczepić bez Schicka.

Kol. Szyfman zaznacza, że wzrost ilości zarejestrowanych przypadków błonicy w ciągu ostatniego dziesięciolecia nie jest jeszcze dowodem faktycznego wzrostu ilości zachorowań na błonicę, albowiem dzięki wprowadzeniu Kas Chorych zostają rozpoznawane i zarejestrowane przypadki, które przedtem do statystyki się nie dostawały.

Kol. Gliksman zapytuje, jak przedstawia się mechanizm działania anatoksyny, czem jest faza negatywna i jak się ją stwierdza.

W odpowiedzi. K. Załęski w odpowiedzi kol. Mogilnickiemu, że nie chciał bynajmniej surowicy dyskredytować, ale faktem jest, że surowica pomimo zastosowania wczesnego w pewnych miejscowościach okazuje się nieskuteczną. Dlatego też należy stosować szczepienia ochronne. Kol. Gliksmanowi — tylko techniczne trudności przemawiają za stosowaniem szczepień bez Schicków.

W dyskusji: Kol. Makower przypomina, że na zasadzie uchwał zjazdu ekspertów w Londynie można nie stosować odczynu Schicka przy szczepieniach masowych.

Odezwa do Lekarzy Polskich.

W znakomicie rozwijającej się medycynie zapobiegawczej poważny dział stanowi walka z alkoholizmem. Walka z tą wielką klęską społeczną ma tem większe znaczenie, że alkoholizm bezpośrednio i pośrednio przyczynia się do rozpowszechnienia i pogłębienia dwu innych wielkich chorób społecznych: gruźlicy i chorób wenerycznych.

Lekarze biorą poważny i decydujący udział w zwalczaniu tych klęsk, pracując m. i. w specjalnych Związkach Przeciwgruźliczych i Przeciwwenerycznych. Natomiast bardzo mało robi się w dziedzinie walki z alkoholizmem — brak nawet ściśle lekarskiej organizacji przeciwalkoholowej.

Aby tę dotkliwą lukę wypełnić, powstała myśl założenia przy Polskiem Towarzystwie walki z alkoholizmem „Trzeźwość" Koła Lekarzy Abstynentów.

Inicjatorzy zwracają się do ogółu lekarzy polskich z zaproszeniem do zapisywania się na członków Koła.

Zgłaszający się powinni zobowiązać się:

1) do nieużywania przez cały czas należenia do Koła jakichkolwiek napojów alkoholowych tak w życiu prywatnem, jak i towarzyskiem;

2) do czynnego — w miarę możności — zwalczania alkoholizmu;

3) do płacenia rocznej składki członkowskiej w wysokości 8 zł (każdy członek Koła otrzymywać będzie bezpłatnie miesięcznik „Trzeźwość").

Zebranie organizacyjne Koła Lekarzy Abstynentów odbędzie się dnia 4. VI. 1933 r. w Warszawie w lokalu Zarz. Gł. Tow. „Trzeźwość". Warszawa, Rynek Starego Miasta 38.

Dr. Franciszek Cudny (Mińsk Mazowiecki), *Dr. Konstancja Kulejewska* (Wilno), *Dr. Aleksander Kuropatwiński* (Droniczyn Poleski), *Dr. Stanisław Leszkiewicz* (Kowel), *Dr. Med. Stanisław Skalski* (Łódź), *Dr. J. Staniewiczowa* (Włocławek).

Komunikat Państwowego Zakładu Higjeny w sprawie bakterjologji duru brzusznego.

Wobec nasilenia duru brzusznego i ze względu na fakt, że prawie 1/3 wszystkich przypadków duru brzusznego zostaje stwierdzona w Państwowym Zakładzie Higjeny i jego filjach, Państwowy Zakład Higjeny zwraca się do Panów lekarzy z następującym komunikatem.

1. Dla wczesnego rozpoznania duru brzusznego najpewniejszą metodą w I-szym tygodniu choroby jest badanie bakterjologiczne krwi. Wyniki badania serologicznego (odczyn Widala) są miarodajne poczynając od drugiego tygodnia choroby. Kał i mocz należy badać we wszystkich okresach choroby, aczkolwiek we wczesnych okresach badanie krwi daje lepsze wyniki.

2. Na mocy sprawozdań Państwowego Zakładu Higjeny widocznem jest, że w r. 1932 na całym terenie kraju stwierdzono bakterjologicznie nie więcej jak 3% duru rzekomego B. Ten stosunkowo nikły odsetek można wytłumaczyć najpewniej przez to, że objawy chorobowe, wywołane przez pałeczki duru rzekomego B. nie są klinicznie dość znane Panom lekarzom, którzy nadsyłają do badań jedynie krew chorych o charakterystycznym przebiegu duru brzusznego.

Państwowy Zakład Higjeny zwraca się do Panów lekarzy z prośbą o nadsyłanie do badania bakterjologicznego krwi w przypadkach stanów gorączkowych nawet takich, których przebieg kliniczny nie jest typowy dla duru.

3. Na zasadzie badań autorów obcych, oraz prac przeprowadzonych w Państwowym Zakładzie Higjeny okazało się, że w obrębie pałeczek duru brzusznego wyodrębnić można 2 typy biochemiczne: typ I, zakwaszający ksylozę, oraz typ II, niezakwaszający tego cukru. Zdolność fermentowania względnie niefermentowania ksylozy, jest cechą stałą danego szczepu. W ciągu całego okresu choroby od danego chorego można wyizolować szczep tylko jednego typu. Przy badaniu szczepów, pochodzących z przypadków rozsianych na całym obszarze kraju, okazało się, że rozmieszczenie poszczególnych typów pałeczki durowej na terenie Rzeczypospolitej jest nierównomierne. Jedno ognisko tyfusowe, stwierdzone w pewnej miejscowości, wykazuje zazwyczaj jeden tylko typ pałeczki durowej.

A zatem możność odróżniania pałeczek durowych ksylozo-dodatnich (typ I) i typów ksylozo-ujemnych (typ II) jest niezmiernie ważnym czynnikiem dla dochodzenia epidemjologicznego. Państwowy Zakład Higjeny i jego filje podejmują się określenia typów pałeczek durowych i natychmiastowego zawiadamiania o wyniku odnośnych lekarzy. Państwowy Zakład Higjeny zaleca Panom lekarzom uwzględnianie tych typów przy doszukiwaniu się źródła poszczególnych epidemij. Czy istnieją różnice w przebiegu duru brzusznego, wywołanego przez typy ksylozo-dodatnie, względnie ksylozo-ujemne, nie jest znane. Państwowy Zakład Higjeny prosi Panów lekarzy o zwrócenie uwagi na to zagadnienie i chętnie służy pomocą bakterjologiczną.

4. Zwraca się uwagę, że w studniach otwartych względnie zbudowanych w sposób niewłaściwy, badanie wody na miano *coli* jest bezcelowe. Należy zatem przedewszystkiem zbadać studnie z punktu widzenia wymagań higjeny i nadsyłać do badania na miano *coli* wodę z takich studzien, których oględziny wypadły zadawalniająco.

Badanie bakterjologiczne wody na obecność pałeczek duru brzusznego należy przeprowadzać w wypadkach, gdy dochodzenie epidemjologiczne wskazuje na ewent. rolę wody, jako możliwego źródła zakażenia. W tych wypadkach należy pobrać nie mniej niż pół litra wody do jałowej flaszki ze szklanym korkiem i natychmiast przesłać do pracowni. Przy badaniu wody ze studzien otwartych należy pobrać oddzielnie wodę z powierzchni, z głębi, oraz szlam z dna studni.

Państwowy Zakład Higjeny, dążąc do współpracy z Panami lekarzami w celu stłumienia epidemji, jak najchętniej udzielać będzie pomocy w dziedzinie epidemjologji i rozpoznania duru brzusznego. Pytania względnie próbki należy nadsyłać do Państwowego Zakładu Higjeny w Warszawie (Chocimska 24. Dział Bakterjologji) wzgl. do Filij:

we Lwowie — ul. Piekarska 55;
w Krakowie — ul. Zygmunta Augusta 1.
w Wilnie — Rossa 1.
w Toruniu — ul. Wały 15,
w Łodzi — Gdańska 44.
w Poznaniu — Zakład Mikrobiologji Uniwersytetu.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Za zasługi na polu obrony powietrznej i przeciwgazowej odznaczeni zostali złotym krzyżem zasługi między innymi następujący lekarze: Dr. Franciszek Czubalski, prof. U. W., członek Komitetu redakcyjnego P. G. L.; dr. Mikołaj Kwaśniewski, wojewoda Krakowski; gen. bryg. dr. Stanisław Rouppert, szef depart. san. M. S. Wojsk.; dr. Karol Vacqueret, lekarz w Warszawie: dr. Bohdan Żakliński, naczelny dyrektor Polskiego Czerw. Krzyża.

Złotą honorową odznaką L. O. P. P. z okazji dziesięciolecia odznaczeni zostali następujący lekarze: gen. dr. Stanisław Rouppert i wiceminister gen. dr. F. Sławoj-Składkowski.

Dr. Jan Żniniewicz z Poznania został wybrany członkiem honorowym Polskiego Towarzystwa Balneologicznego.

Zmarli.

Dr. Ludwik Dąbrowski, gen. bryg. w st. spocz. w Krakowie.

Dr. Stanisław Skudro, mjr. lek. w st. spocz. w Warszawie.

Dr. Marchay, kpt. lek. w Poznaniu.

Dr. Stefan Noszczyński, lekarz poznański, kpt. lek. rez., uczestnik Powstania Wlkp.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Na posiedzeniu Lwowskiego Tow. Naukowego Wydz. mat.-przyr. dnia 22. V. została przedstawiona praca prof. dra N. Gąsiorowskiego p. t.: „Zagadnienie etjologji twardzieli" i dra J. Badjana p. t.: „Z cytologji bakteryj".

Posiedzenie Naukowe Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się 23 maja 1933 r. 1) Wagner K., członek T-wa: Wskazania i wartości lecznicze Heluanu w Egipcie. — 2) Chodkowski K., Elektorowicz A. i Markert W., członkowie T-wa: Przyczynek do rozpoznawania guzów w klatce piersiowej

Sekcja Higjeny Szkolnej i Wychowania Fizycznego XIV Zjazdu Lek. i Przyr. obradować będzie nad następującemi tematami głównemi: 1) Higjena szkolna w małych środowiskach polskich. 2) Wychowanie fizyczne w małych środowiskach polskich. 3) Warunki pracy dziecka w szkole.

Dowodem wstrząsów, jakie przebywa obecnie nauka niemiecka, jest fakt odwołania całego szeregu Kongresów, jak np. zjazdu patologów niemieckich (Zielone Święta), zjazdu przeciwgruźliczego (odwołany aż do zorganizowania nowego Komitetu centralnego). Również złożył swe godności Zarząd Towarzystwa dla chorób przewodu trawiennego i przemiany materji. Drugi międzynarodowy zjazd dla stosowanej psychopatologji i psychologji, który miał odbyć się 8—10 czerwca b. r., przełożony został na rok przyszły.

XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu. Komitet Organizacyjny podaje do wiadomości, że jakkolwiek zgłoszenia wykładów napływają nadspodziewanie licznie, Komitet Organizacyjny, chcąc dać możność wzięcia udziału w zjeździe osobom dotąd niezgłoszonym postanowił przedłużyć termin zgłaszania wykładów do dnia 1 czerwca r. b. Zgłaszający referaty winni przesłać do dnia 1 lipca na ręce gospodarzy sekcyj krótkie streszczenie swego wykładu nieprzekraczające 15—20 wierszy druku. Dla sekcyj lekarskich obowiązują streszczenia w języku polskim i francuskim. Uwzględniając obecny kryzys ogólny, Komitet Organizacyjny postanowił obniżyć wpisowe zjazdu z 30 zł na 25 zł, a dla asystentów, studentów i członków rodzin uczestników Zjazdu do 15 zł. Instrukcje w sprawie zgłaszania się na zjazd będą wydane w najbliższym czasie.

XXVII Zjazd Chirurgów Polskich odbędzie się w czasie Zjazdu Przyrodników i Lekarzy Polskich. Tematy programowe Zjazdu: 1. „Leczenie przerostu gruczołu krokowego" — referenci Doc. Dr. B. Szerszyński i Doc. Dr. S. Laskownicki. 2. „Leczenie nowotworów złośliwych" — referenci prof. Dr. A. Jurasz i prof. Dr. K. Mayer. Zgłoszenia rozpraw nad tematami programowemi oraz referatów, należy przesłać pod adresem: Klinika Chirurgiczna, Poznań, Długa 1. przed ostatecznym terminem 30 lipca r. b.

VIII Ogólne Zebranie członków Zrzeszenia Dyrektorów Sanatorjów Przeciwgruźliczych odbyło się w Smukale pod Bydgoszczą (Wojewódzkie Sanatorjum dla piersiowo chorych) dnia 26 maja b. r.

Zjazd oftalmologicznych towarzystw czechosłowackich odbył się 13 i 14 maja b. r. pod przewodnictwem prof. Dra Kadlicka w Pradze. Tematem głównym były schorzenia siatkówki.

Sprawy zawodowe.

W Klin. Wochschft. znajdujemy krótką notatkę, iż z początkiem półrocza letniego w rozmaitych uniwersytetach pruskich urlopowano wielką liczbę profesorów wydziałów lekarskich, szeregowi docentów odebrano zaś veniam legendi.

U 70 studentów Jefferson Medical College w Filadelfji przeprowadzili Tocantins i Jones badania nad widzeniem barw. 9 wykazało zaburzenia. Zdaniem badaczy nie nadają się oni do badań drobnowidowych, gdyż nie rozróżniają gramoujemnych drobnoustrojów, ani kwasooporných prątków przy barwieniu błękitem metylenowym. Jako dermatolodzy byliby upośledzeni również, gdyż źle osądzają wykwity skórne. Posiadają oni natomiast wielkie zalety jako rentgenolodzy, dzięki szczególnej wrażliwości na światło i cień.

W Niemczech organizacje lekarskie i aptekarskie wypowiedziały umowy zbiorowe z Kasami Chorych ze względu na pogarszające się warunki pracy. Pod naciskiem sfer rządzących zarządy tych organizacyj poddały się dobrowolnie komisarzom rządowym, którzy postarali się o zmiany w zarządach związków. Charakterystyczne dla obecnych stosunków niemieckich jest orędzie komisarza związków lekarskich dra Wagnera, w którem czytamy:

„Dzięki porozumieniu zarządów niemieckiego Aerztevereinsbund oraz Hartmanbund ze względu na wymaganie chwili objąłem funkcje komisarza. W obecnych gorących dniach nie może być ani mojem, ani kogokolwiek z was zadaniem bezzwłocznie przystąpić do naglącego potrzebnego nowego uregulowania naszych zawodowych interesów. Podstawowym warunkiem dla nowego uregulowania sytuacji lekarzy jest uzgodnienie jego kierownictwa z duchem i wolą obudzonego narodu. Dlatego objąłem funkcję komisarza i proszę wszystkich lekarzy Niemców o wierną współpracę dla dobra naszego narodu i naszej ojczyzny. Tworzeniu jakichkolwiek nowych organizacyj, które uznam za szkodliwe dla solidarności lekarzy niemieckich, będę się przeciwstawiał".

Znamienne jest też następujące zarządzenie nowych władz związków lekarzy:

„W wykonaniu swej uchwały, aby formę związków lekarzy dostosować do nowego porządku politycznego, zarządy związków lekarzy proszą swe podrzędne organizacje, aby w imię postulatów lekarzy niemieckich bezzwłocznie postarały się o ustąpienie z zarządów i rad członków-żydów oraz o „zastąpienie" tych kolegów, którzy się nie mogą podporządkować nowemu porządkowi. Pozatem należy za pośrednictwem zarządów organizacyj lekarskich wywierać odpowiedni wpływ na kasy chorych i władze ubezpieczeniowe, aby usunąć ze stanowisk lekarzy zaufania lekarzy narodowości żydowskiej oraz socjalistycznego światopoglądu".

Różne.

Min. Opieki Społ. zezwoliło na sporządzanie Sirupus auranti corticis na winie owocowem odpowiadającem wymaganiom farmakopei stawianym winom gronowym. Dla przemysłu krajowych win owocowych otwierają się nowe drogi zbytu.

Dnia 28 kwietnia b. r. w sali obrad Tow. Apt. odbyło się liczne zebranie aptekarzy lwowskich i prowincjonalnych celem zaprotestowania przeciw prześladowaniu mniejszości narodowych w Niemczech. Przyjęto rezolucję, wzywającą się do zastępowania w miarę możności wyrobów chemicznych i farmaceutycznych pochodzenia niemieckiego produktami krajowemi oraz usilnego popierania wytwórczości krajowej.

Z dniem 1 b. m. została mianowana nowa Komisja Farmakopei Polskiej, w której skład wchodzą: Dyrektor Dep. Sł. Zdrowia dr. Jan Adamski — przewodniczący. Prof. Jan Dobrowolski (Poznań), prof. Tadeusz Estreicher (Kraków), prof. inż. Adam Koss, prof. Adam Maurizio, prof. Władysław Mazurkiewicz, prof. Jerzy Modrakowski, prof. Wacław Orłowski, doc. dr. Antoni Ossowski, Jan Podbielski, prof. Eugenjusz Wajgel — członkowie. Ppłk. B. Jabłonowski — delegat M. S. Wojsk., radca Jan Lemieszewski — delegat M. Roln. i Ref. Roln., naczelnik Wacław Sokolewicz, delegat M. O. Sp., dyrektor dr. Mieczysław Dominikiewicz, przedstawiciel P. Z. H. Pierwsze posiedzenie nowomianowanej Komisji odbyło się dn. 24 b. r.

Zjednoczenie Młodzieży Polskiej, ogólno-krajowa centrala Stowarzyszeń Młodzieży Polskiej, skupiających 300.000 członków, rozpoczęło racjonalną i systematyczną zbiórkę ziół leczniczych w Polsce w porozumieniu z Polskim Komitetem Zielarskim.

W Warszawie odbyło się w marcu b. r. organizacyjne zebranie Tow. Ogrodów Jordanowskich. W oparciu o P. Urzędy W. F. Towarzystwo ma za zadanie tworzenie nowych Ogrodów Jord. i wykorzystanie wszystkich istniejących urządzeń w celu zapewnienia dzieciom zabaw i gier sportowych na wolnem powietrzu. Do celów tych przygotowano 40 instruktorek, które odbyły odpowiedni kurs.

Komitet wykonawczy Czerwonego Krzyża w Moskwie uchwalił kredyt 25.000 rubli na budowę samolotu sanitarnego, który będzie nosił imię Maxyma Gorkija.

W Rostowie nad Donem zostały otwarte dwa nowe instytuty naukowe: higjeny przemysłowej i higjeny społecznej.

Sowiety budują w Woronežu olbrzymi szpital na 2.500 łóżek. Zabudowania będą się składały z 37 objektów na przestrzeni 90 ha. Szpital będzie posiadał najnowsze urządzenia.

4. marca odbyło się w Paryżu walne zebranie tow. „Amis de l'Aviation sanitaire". Stwierdzono niezmordowaną pracę członków, którzy prowadzą intensywną propagandę na rzecz rozwoju lotnictwa sanitarnego we Francji, kolonjach i zagranicą. Liczba członków wzrosła w dwójnasób do 400 osób. Ministerstwo lotnictwa oddało do przewozu chorych 16 aparatów. Salon aeronautyczny paryski co roku wystawia specjalne modele. Ilość chorych i rannych przewiezionych samolotami w ciągu roku oblicza się już na setki zwłaszcza w kolonjach. II. Zjazd międzynarodowy lotnictwa sanitarnego odbędzie się w Madrycie 1—5 czerwca.

W Neapolu zamknięto instytut dla badania surowic i aresztowao dyrektora instytutu, profesora Kamila Terni i jego asystenta. Podobno dzięki niedbalstwu lekarzy instytutu, szczepionki dostarczane szpitalom powodowały zasłabnięcia, a nawet wypadki śmiertelne. Śledztwo jest w toku.

W Rzymie, w sali aleksandryjskiej szpitala Św. Ducha, który od 1204 r. był ośrodkiem rzymskim skupiającym studja lekarskie, zostało otwarte Muzeum Historyczne Nauk Lekarskich i Farmacji. Muzeum obejmuje działy medycyny, farmaceutyki i weterynarji.

Dwóch lekarzy z Clermont-Ferrand — H. Limousin i G. Petit — podało (Le Monde Médical Nr. 817) nową metodę leczenia zatruć muchomorami, która opiera się na takich spostrzeżeniach Limousina: a) Różne rodzaje gryzoniów, zwłaszcza króliki, są z natury w pewnej mierze odporne na dwie toksyny (hepatotoksyna, neurotoksyna), znajdujące się w muchomorach. b) Jeśli kot zje mieszaninę świeżego mózgu i żołądka królika, staje się odporny na toksyny muchomorów. Tę samą me-

todę zastosowali autorowie u ludzi. Pierwszą próbę wykonali u rodziny serbskiej z 4 osób; jedna z osób zatrutych zmarła w dwa dni po spożyciu grzybów; trzy pozostałe osoby spożyły w ciągu trzeciego dnia po zatruciu mieszaninę 3 żołądków i 7 świeżych mózgów króliczych. W godzinę później autorzy stwierdzili ustanie kolek i polepszenie się stanu zapalnego żołądka i jelit. Chorzy wyzdrowieli po 8 dniach. Dobre wyniki potwierdził dalszy wypadek zatrucia: trzech Hiszpanów, po spożyciu muchomorów, dostało po 24 godzinach kolek, wymiotów i biegunki; po spożyciu mieszaniny surowego mózgu i żołądka królika nastąpiło szybkie słabnięcie objawów zapalenia żołądka i jelit i ustąpienie kolek. Po kilku dniach chorzy wyzdrowieli. Dotychczas zatrucie muchomorami leczono surowicą R. Dujarrica de la Rivière.

Uniwersytet w Zurychu obchodził dnia 29. IV. b. r. stulecie swego założenia. Wydział lekarski istniał od chwili założenia i skupiał zawsze szeregi wybitnych uczonych. W toku są obecnie wielkie prace około rozbudowy budynków klinicznych.

Niezwykłe peregrynacje igły przez serce opisuje Nehrhorn (Bornus' Beitr. 156). Igła tkwiąca w lewej kieszeni kamizelki została przypadkowo wbita w ciało w okolicy serca. Z powodu bólów, przyśpieszonego tętna i duszności wykonane zdjęcie wykazało w głębi klatki piersiowej igłę poruszającą się w takt ruchów serca. Odsłonięto serce operacyjnie, ale igły nie znaleziono. W tydzień później zdjęcie stwierdziło igłę za sercem w pobliżu kręgosłupa. W 5 tygodni później wyjęto ją łatwo między 2 a 3 żebrem z tyłu.

Według Gundela (Klin. Woch. 3, 1933) umiera w Niemczech rokrocznie 60.000 ludzi na zapalenie płuc, z tego 15.000 na zap. płuc płatowe. Stosowanie seroterapji przeciwpneumokokowej we właściwym czasie tak, jak to się już dzieje w Ameryce, uratowaćby mogło życie 5000 ludzi.

Presse méd. Nr. 34 zamieszcza streszczenie pracy Remlingera o leczeniu nosówki u psów krwią ich pana. Zakaźną tę chorobę przenoszą ludzie bezobjawowo. Zwierzęta nabywają po chorobie odporności; własności te posiada również surowica ludzka. Stąd wniosek przeprowadzony z powodzeniem w praktyce, że krew ludzka zwłaszcza domniemanego nosiciela t. j. pana chorego zwierzęcia wstrzyknięta psu, działa bardzo korzystnie na przebieg choroby, a także zdaje się uodparnia psy przeciw zachorowaniu.

Do Hiszpanji wyjechała delegacja polska z gen. drem Rouppertem i płk. drem Kawińskim na czele, na 3 zjazdy międzynarodowe: medycyny i farmacji wojskowej w Madrycie, lotnictwa sanitarnego w Madrycie, dokumentacji wojskowo-lekarskiej w Sewilli.

Walkę z błonicą w U. S. A. przedstawił Nash na posiedzeniu Tow. lek. poświęconemu sprawom zdrowia publicznego w Nowym Yorku. Propaganda na rzecz szczepień ochronnych przybrała tam iście amerykańskie rozmiary. Wspomagają ją wydatnie wielkie prywatne towarzystwa ubezpieczeń swojemi funduszami. Audycje radjowe zachęcają rodziców, by na pierwsze urodziny ofiarowali swemu dziecku uodpornienie przeciw błonicy. Kinoteatry wyświetlają filmy ze scenami szczepienia, gdzie nic nie przypomina szpitala: lekarz ani służba nie ubiera białych płaszczy, zdjęcia wykonano przy dzieciach spokojnych, które nie krzywią się przy szczepieniu, nie widać też nigdy chwili ukłucia igłą. Afisze propagandowe rozlepiane obficie, osiągają rozmiary 10 × 24 m, sprawie tej poświęcona jest największa reklama świetlna Nowego Yorku długości 206 m. Propaganda przeciw-błonicza wcisnęła się na druki podatkowych nakazów płatniczych, mieści się też na etykietach butelek z mlekiem. W 53 miastach intensywnej walki z błonicą spadła śmiertelność o 32%. Krzywa śmiertelności z powodu błonicy w Nowym Yorku wykazała po roku 1927 spadek tak gwałtowny, jakiego według wykresów stałego obniżania się od 60 lat spodziewać się należało dopiero w 1945 r.

Proces przeciwko prof. Deyckemu, Klotzowi i Dr. Altstädtowi z Lubeki o tragiczne skutki szczepień przeciwgruźliczych będzie w wyższej Instancji toczył się w Lipsku w pierwszych dniach czerwca b. r.

Komunikaty.

Z inicjatywy Min. Spraw Wewn. powstał w końcu roku ubiegłego polski Komitet Techniki Sanitarnej i Higjeny Miast, który winien przedewszystkiem utrzymywać jaknajściślejszą łączność z instytucjami i osobami zarówno w kraju jak i zagranicą pracującemi na polu techniki sanitarnej, oraz przygotowywać udział instytucyj naukowych i społecznych w międzynarodowych zjazdach i wystawach techniki sanitarnej. W dniu 12 bm. odbyło się pierwsze zebranie członków założycieli. Wysłuchano raportu sprawozdawczego inż. Rudolfa, delegata rządu polskiego na III Międzynarodowy Zjazd techniki sanitarnej w Lyonie, omówiono program pracy Komitetu i wybrano władze. Prezydjum Komitetu ukonstytuowano w następującym składzie: prof. inż. Ignacy Radziszewski, (Politechnika Warszawska) — przewodniczący, prof. dr. T. Janiszewski (Uniwersytet Warszawski) — zast. przewodniczącego, inż. Kątkowski (Polskie Tow. Higjeniczne) — skarbnik i inż. Z. Rudolf (Ministerstwo Spraw Wewnętrznych) — sekr. generalny.

Zjazd Gwiaździsty Lekarzy do Niemirowa urządza Lwowski Okręg. Zw. Lek. P. P. przy współudziale Małopolskiego Klubu Automobilowego w dniu 10. VI. b. r. Zgłoszenia do M. K. A. Lwów, ul. Klementyny Tańskiej 3, do dnia 3. czerwca. Wpisowe 20 zł.

Dyrekcja „Górki" (Kolonja Lecznicza Dziecięca im. Dr. Med. Rektora J. Brudzińskiego przy Zdroju w Busku, ziemia Kielecka) uruchamia z dniem 1 czerwca r. b. Kolonje Sezonowe Lecznicze dla dzieci od 4—14 lat z gruźlicą chirurgiczną lżejszego stopnia, reumatyzmem, anemją, skazami ustrojowemi etc., etc. Cięższe schorzenia leczone są w Sanatorjum czynnem cały rok. Z dn. 1. XI. 32 przyjmowane są również dzieci nerwowe i upośledzone umysłowo, oraz cofnięte w rozwoju — do specjalnego Oddziału, pod fachowem specjalnem kierownictwem. Przy Sanatorjum znajduje się szkoła. Dzieci pracowników państwowych, za kartami skierowania lekarzy urzędowych, opłacają 25%.

Międzynarodowa Wycieczka Naukowa Lekarzy do Austrji, Włoch i Francji. Uczestnicy zobaczą (27. VI. 1933) zakłady lecznicze w Wiedniu i okolicy a następnie Wenecję, Florencję, Rzym, Ostję, San Remo, Mentonę (odwiedzą w Chateau Grimaldi prof. dr. Woronowa), Monte Carlo, Nicee, Cannes. W powrocie do Wiednia zwiedzą Medjolan. Szczegóły: „Studien- und Gesellschaftsreisen" Wien (Wiedeń). I. Biberstrasse 11. I/6.

Redakcja „Praktische Karzinomblätter", Wien IX. Berggasse 27 przyjmuje zgłoszenia do zbiorowej podróży na zjazd przeciwrakowy w Madrycie 25—30 października 1933. Większa grupa uzyska daleko idące ułatwienia i zniżki.

Sprostowanie.

W pracy Dr. St. Malczyńskiego: O wpływie energji promiennej na poziom składników mineralnych krwi (Część III. i IV.) w Nr. 19. Polskiej Gazety Lekarskiej z dnia 7. V. 1933 — zauważono przestawienie klisz, oznaczonych numerami 2. i 4.

Klisza Nr. 2. ma być na miejscu kliszy Nr. 4. Ta zaś odpowiada kliszy Nr. 2.

Redakcja otrzymała:

Laignel-Lavastine, Chanoz etc.: Les rythmes et la vie. Lavandier. Lyon. 1933.

St. Kopczyński: Higjena szkolna. Zeszyty 9 i 10. Arct. Warszawa 1933.

L. Böhler: Technika leczenia złamań. Tłum. T. Sokołowski. Warszawa 1933.

Z. Tomanek: O gruźlicy płuc psychoreaktywnej. Odbitka z „Gruźlicy" Nr. 1. 1933.

G. Roussy, R. Leroux, Ch. Oberling: Précis d'anatomie pathologique. Tome I et II. Masson 1933.

L. Regmunt-Sobieszczański: O nowych podziałach gruźlicy płuc. Odb. „Wiedza Lek." Nr. 4. 1933.

L. Regmunt-Sobieszczański: Rak lewego płuca jako przyczynek do patologji raka. Odb. „Nowotwory". Nr. 1. 1933.

A. Ławrynowicz: Rola wyjazdów letniskowych w epidemjologii duru brzusznego w Warszawie. Odb. „Medycyna". Nr. 22. 1932.